

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MODALIDADE PROFISSIONAL

Nara Maria Reis Carneiro Koide

Regionalização e redes de atenção:

Apreciação da organização da rede de urgência e emergência na Região de Saúde do Baixo Amazonas/AM e município de referência Parintins

Recife

2023

Nara Maria Reis Carneiro Koide

Regionalização e redes de atenção:

Apreciação da organização da rede de urgência e emergência na Região de Saúde do Baixo Amazonas/AM e município de referência Parintins

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Modalidade Profissional, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Ana Cláudia Figueiró

Coorientadoras: Dra. Ângela Oliveira Casanova

Dra. Marcela Alves de Abreu

Recife

2023

Título do trabalho em inglês: Regionalization and care networks: appreciation of the organization of the urgent and emergency network in the Health Region of the Lower Amazon/AM and reference municipality Parintins.

K79r

Koide, Nara Maria Reis Carneiro.

Regionalização e redes de atenção: apreciação da organização da rede de urgência e emergência na Região de Saúde do Baixo Amazonas/AM e município de referência Parintins / Nara Maria Reis Carneiro Koide. -- 2023.

111 p. : il.color, mapas.

Orientadora: Ana Claudia Figueiró.

Coorientadores: Angela Oliveira Casanova e Marcela Alves Abreu.

Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.

Bibliografia: f. 106-111.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Regionalização da Saúde. 3. Redes de Atenção à Saúde. 4. Atenção à Saúde. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Nara Maria Reis Carneiro Koide

Regionalização e redes de atenção:

Apreciação da organização da rede de urgência e emergência na Região de Saúde do Baixo Amazonas/AM e município de referência Parintins

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Modalidade Profissional, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 30 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Cláudia Figueiró
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Egléubia Andrade de Oliveira
Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

*Dedico este trabalho aos meus filhos Breno, Robert,
Bruno Yukio, Bruna Yuka e minha neta Maria Flor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus criador, por me iluminar e me manter firme na caminhada, com fé e esperançar em dias melhores para todos.

A minha mãe Maria de Fátima por toda força e apoio. Gratidão aos meus avós maternos Flora e Tude (in memoriam) por tanto amor e incentivo para que eu estudasse. Agradeço também ao meu pai Getúlio (in memoriam), por ter me permitido ter seu amor.

Aos meus filhos Breno, Robert, Bruno e Bruna e minha neta Maria Flor que são meus tesouros e me inspiram a jamais desistir. Bruna filha companheira de todas as horas.

As minhas irmãs com quem sempre contei no cuidado com meus filhos, irmãos, sobrinhos, marido, sogra e cunhados que torcem pelo meu sucesso, pois as boas energias são fundamentais.

Ao Prefeito Bi Garcia e Gestão da SEMSA Parintins, pela permissão e espaço para que eu participasse desse Mestrado. As minhas colegas de trabalho pelo apoio e incentivo em nome de Daizes, Eliana, Milena e Arilzinha meu porto seguro.

A Fiocruz Amazônia pela iniciativa do Projeto QUALIFICASUS através de Emenda Parlamentar viabilizada pelo Senador Omar Aziz e parceria com o COSEMS AM com a oferta deste Mestrado.

Agradecimento especial a Instituição Fundação Osvaldo Cruz através do Instituto Aggeu Magalhães, por aceitar a realização desse Mestrado Profissional no Amazonas, tornando possível a possibilidade de qualificar profissionais para a Gestão do SUS.

Aos professores da Coordenação do Mestrado, Dr Garibaldi, Dra Idê e Dra Sydia, vocês são incríveis na arte de compartilhar conhecimentos e com certeza estão fazendo boas sementeiras para o fortalecimento da Gestão do SUS no Amazonas.

Aos colegas do Mestrado pela convivência harmoniosa e apoio entre todos.

Agradeço de forma muito especial a minha orientadora Ana Cláudia Figueiró, por tudo que me ensinou e sobretudo porque foi meu porto seguro nessa caminhada e não soltou a minha mão. Os ensinamentos da co orientadora Ângela Casanova que foram fundamentais para o desenvolvimento, organização e conclusão do trabalho e a co orientadora Marcela Abreu que chegou para fortalecer e enriquecer o trabalho com seus conhecimentos e acolhimento foi fundamental para a chegada na reta final.

RESUMO

KOIDE, Nara Maria Reis Carneiro. Regionalização e redes de atenção: apreciação da organização da rede de urgência e emergência na Região de Saúde do Baixo Amazonas/AM e município de referência Parintins. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A Regionalização e Redes de Atenção à Saúde se constituem em arranjos organizativos de interação das singularidades do estado Amazonas visando alcançar a universalidade e integralidade, princípios do SUS e ainda desafios na realidade dos municípios amazonenses. A finalidade desse trabalho é apresentar e discorrer sobre como se processou a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) segundo às diretrizes e normas para o Sistema Único de Saúde, na região de saúde do Baixo Amazonas e município polo de Parintins. Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico da Regionalização e orientações preconizadas pelo nível nacional para as Redes de Atenção à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência no Brasil e no estado do Amazonas. Foi realizada uma linha do tempo da implementação do processo de regionalização no estado e na região; a caracterização da RUE na região de saúde do Baixo Amazonas considerando a situação demográfica e epidemiológica da região; e a descrição da organização e funcionamento da RUE no município polo de Parintins. A caracterização da RUE no contexto de regionalização possibilitou dar visibilidade, no Baixo Amazonas, desafios e possibilidades para a gestão dos municípios, a gestão estadual e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde na implementação da regionalização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde, na perspectiva de potencializar a integralidade e universalidade da atenção à saúde, no Amazonas. A condição atual da Rede de Urgência e Emergência do município polo de Parintins demonstrou que, embora a região de saúde não tenha sido prioritária para a implantação da RUE, possui uma rede de serviços de urgência e emergência atendendo à população própria e dos demais municípios desta região, ainda que não implementado como preconizado nas diretrizes da RUE. Verificou-se, ainda, a ampliação do acesso aos serviços de saúde com a implementação dos componentes da RUE e a organização da regulação e fluxos, essencial para toda região. A habilitação da RUE potencializará a organização dos serviços quanto aos fluxos de acesso, articulando e integrando os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; regionalização da saúde; atenção à saúde.

ABSTRACT

KOIDE, Nara Maria Reis Carneiro. Regionalization and care networks: appreciation of the organization of the urgent and emergency network in the Health Region of the Lower Amazon/AM and reference municipality Parintins. 2023. Dissertation (Professional Master's Degree in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

Regionalization and Health Care Networks constitute organizational arrangements for the interaction of the singularities of the state of Amazonas, aiming to achieve universality and integrality, principles of the SUS and challenges in the reality of the Amazonian municipalities. The purpose of this work is to present and discuss how the Urgency and Emergency Network (RUE) was organized according to the guidelines and norms for the Unified Health System, in the Lower Amazon health region and the center of Parintins. For that, a bibliographical survey of the Regionalization and guidelines recommended by the national level for the Health Care Networks and the Urgency and Emergency Network in Brazil and in the state of Amazonas was carried out. A timeline of the implementation of the regionalization process in the state and region was created; the characterization of RUE in the Lower Amazon health region considering the demographic and epidemiological situation of the region; and the description of the organization and operation of the RUE in the central municipality of Parintins. The characterization of the RUE in the context of regionalization made it possible to give visibility, in the Lower Amazon, challenges and possibilities for the management of municipalities, state management and the Council of Municipal Health Secretariats in the implementation of regionalization and structuring of the Health Care Networks, in the perspective of enhancing the comprehensiveness and universality of health care in the Amazon. The current condition of the Urgency and Emergency Network in the center of Parintins demonstrated that, although the health region was not a priority for the implementation of the RUE, it has a network of urgent and emergency services serving its own population and that of other municipalities in this region. region, although not implemented as recommended in the RUE guidelines. There was also an expansion of access to health services with the implementation of RUE components and the organization of regulation and flows, essential for the entire region. Enabling the RUE will enhance the organization of services in terms of access flows, articulating and integrating health equipment with the aim of expanding and qualifying humanized and comprehensive access to users in an emergency situation in health services in an agile and timely manner.

Keywords: Unified Health System; regionalization of health; attention to health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Componentes pré-hospitalares, hospitalar, atenção domiciliar e transversais da RUE.....	32
Figura 2	- Estado do Amazonas: Mapa das regiões de saúde.....	36
Figura 3	- Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado do Amazonas.....	76
Figura 4	- Região do Baixo Amazonas.....	77
Gráfico 1	- Pirâmide etária da Regional Baixo Amazonas.....	78
Figura 5	- Via de circulação entre os municípios da região do Baixo Amazonas.....	82
Figura 6	- Rede de serviços na zona rural de Parintins-UBS-UBSF-Ambulanchas.....	84
Gráfico 2	- Percentual de internações de pacientes de outros municípios em relação aos pacientes de Parintins em 2021.....	85
Gráfico 3	- Percentual de pacientes internados de outros municípios em Parintins/AM por procedência – 2021.....	86
Figura 7	- Infográfico dos serviços de saúde da rede de urgência e emergência de Parintins, 2020.....	89
Figura 8	- Fluxo de acesso na RUE de Parintins.....	90
Figura 9	- Fluxograma das decisões das unidades básicas de saúde nas situações de urgência e emergência.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Componentes da RUE segundo a Portaria nº 1.600/11.....	30
Quadro 2 -	Diretrizes que norteiam a organização da RUE.....	31
Quadro 3 -	Estratégias prioritárias na RUE.....	32
Quadro 4 -	Matriz de Análise Documental.....	38
Quadro 5 -	Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2002 a 2006.....	39
Quadro 6 -	Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2007 a 2011.....	43
Quadro 7 -	Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2011 a 2017.....	48
Quadro 8 -	Normativas para implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde nas regionais do estado do Amazonas.....	54
Quadro 9 -	Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2015 a 2020.....	57
Quadro 10 -	Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2020 a 2022.....	60
Quadro 11 -	Normativas relacionados à implementação Política Nacional de Urgência.....	63
Quadro 12 -	Referências normativas da implementação da Rede de Urgência e Emergência pelo Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2018.....	65

Quadro 13 - Fases de Operacionalização da RUE.....	69
Quadro 14 - Composição da região de saúde do Baixo Amazonas.....	77
Quadro 15 - Serviços da Rede de Urgência e Emergência dos municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas.....	78
Quadro 16 - Capacidade instalada de leitos de internações dos municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas.....	79
Quadro 17 - Serviços de saúde das zonas urbana e rural do município de Parintins, 2022.....	80
Quadro 18 - Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas e Distâncias Geográficas entre eles e a Capital, Manaus.....	82
Quadro 19 - Rede básica de saúde das zonas urbana e rural, com equipes de saúde da família e saúde bucal, do município de Parintins, 2022...	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	-	Atenção Básica à Saúde
APS	-	Atenção Primária em Saúde
CGR	-	Colegiado Gestor Regional
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	-	Comissão Intergestores Regional
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CGR	-	Colegiado Gestor Regional
COSEMS	-	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Pan Americana de Saúde
PRI	-	Planejamento Regional Integrado
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RUE	-	Rede de Urgência e Emergência
SUS	-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	20
3.2	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	23
3.2.1	Elementos Conceituais na Conformação das RAS e sua Organização no SUS	27
3.3	REDE DE ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS.....	28
3.3.1	As diretrizes e orientações de organização da Rede de Urgência e Emergência - RUE no SUS	29
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2	PERÍODO DE ESTUDO.....	35
4.3	LOCAL DO ESTUDO.....	35
4.4	FONTE DE DADOS: ACERVO DOCUMENTAL E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	36
4.5	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	37
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS.....	39
5.2	EVOLUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO AMAZONAS E REGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO AS NORMATIVAS DE ÂMBITO FEDERAL E ESTADUAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	40
5.2.1	Implementação do processo de regionalização orientado pelo Pacto pela Saúde e pelo Decreto Federal 7.508/11	45
5.2.2	Diretrizes para implementação das Redes de Atenção à Saúde e	

	da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, visando melhoria do acesso ao sistema e ações de saúde.....	52
5.2.3	Elaboração e ordenação dos planos para implementação da regionalização e regulação das Redes de Atenção à Saúde.....	55
5.2.4	Contingência da pandemia de COVID-19 e influência na implementação da RUE.....	59
5.3	O CONTEXTO NACIONAL DA CONSTITUIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS	62
5.3.1	As Fases de Operacionalização da RUE.....	69
5.4	A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS.....	72
5.4.1	A RUE na Região de Saúde do Baixo Amazonas.....	74
5.4.2	Caracterização da RUE na região de saúde do Baixo Amazonas e município.....	76
5.5	A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE PARINTINS NO CONTEXTO DO ESTADO E DA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS.....	79
5.5.1	Caracterização do município de Parintins e sua rede de atenção à saúde.....	79
5.5.2	O acesso aos serviços de urgência e emergência no âmbito da Região de Saúde do Baixo Amazonas.....	82
5.5.3	Internações hospitalares em Parintins de usuários residentes em outros municípios.....	85
5.5.4	Os componentes pré-hospitalares, hospitalar e atenção domiciliar da RUE em Parintins.....	87
5.5.5	O componente da Atenção Básica de Saúde.....	90
5.5.6	Componente Unidade de Pronto Atendimento.....	95
5.5.7	Componente Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU	96
5.5.8	Sala de Estabilização.....	98
5.5.9	Componente Hospitalar.....	99
5.5.10	Componente Atenção Domiciliar.....	100
6	CONCLUSÃO.....	103
	REFERÊNCIAS.....	106

1 INTRODUÇÃO

O SUS se traduz na consolidação organizacional de uma política de saúde brasileira, que viabiliza o processo de planificação dos princípios e diretrizes estabelecidos em lei, principalmente os que estão postos na Carta Magna de 1988. Assim, o SUS se configura como uma estrutura sistêmica de uma política nacional de saúde¹. A organização e distribuição dos serviços públicos de saúde, tem como base os princípios e diretrizes doutrinários, como a universalidade, equidade e integralidade e como princípios organizativos a descentralização, a regionalização e a hierarquização do sistema com participação e controle social².

A Regionalização da assistência à saúde, está estabelecida no SUS, desde a sua instituição na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, como estratégia para contribuir com a descentralização político-administrativa do SUS, através da organização das ações e serviços de saúde em redes assistenciais e integradas e hierarquizadas³.

A descentralização é uma diretriz constitucional do SUS, o qual é também, por conceituação constitucional (art.198, caput), constituído como resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada⁴.

O conceito de saúde que deve contemplar o bem-estar integral das pessoas, requer ações articuladas e complexas para realizar atos sanitários de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, os quais, em geral, não são passíveis de realização em sua totalidade, apenas pelos municípios. Nesse sentido, a integralidade é compreendida como um processo dinâmico e vivo, que dialoga com as especificidades locais e regionais, com as necessidades de saúde da população e com a capacidade de financiamento do sistema do cuidado⁵. Ainda, para alcançar a garantia do acesso aos usuários à rede de atenção, exige a articulação interfederativa, com ações de cooperação entre os entes e compartilhamento de recursos.

A integralidade remete ao conceito de integração de serviços, através de redes assistenciais, que assim reconhece a interdependência do sistema, uma vez que de forma isolada, os municípios não dispõem da totalidade de recursos e competências necessárias para resolver os problemas de saúde de uma população em todos os ciclos da vida. Assim, como é dever legal da União, estados e municípios, pela oferta, gestão e financiamento das ações e serviços de saúde do SUS, a construção de redes assistenciais regionais depende da capacidade de cooperação intergovernamental em

torno das lógicas de conformação do SUS no território^{3,5}.

Dessa forma, é imprescindível o desenvolvimento de mecanismos para o processo de cooperação e coordenação entre os entes governamentais, inerentes a eficiência da gestão, com a responsabilidade dos recursos coletivos, com capacidade de responder as necessidades de saúde individuais nos espaços local e regional⁶.

Entre os mecanismos para coordenação e garantia da atenção segundo às necessidades da população, a organização de redes regionalizadas apresenta-se como uma estratégia para ampliação do acesso e da diminuição de desigualdades⁷. Consiste em uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que compreende, a partir do planejamento integrado, a conformação de sistemas de saúde por meio de redes articuladas e cooperativas, com mecanismos de comunicação e fluxos organizadas por territórios entre os municípios, estado e união, e com populações definidas. Com a implementação desta diretriz, busca-se garantir aos usuários, o acesso a serviços e níveis de complexidade necessários a resolução de seus problemas, na perspectiva de otimizar recursos disponíveis^{4,5,8}.

Contudo, os municípios não são obrigados a financiar serviços para munícipes que não os seus, em nome do interesse local constitucional, obrigando, dessa forma, os estados e a união a cofinanciar as ações e serviços de saúde. Logo, é imperativo para o SUS unir os entes federativos em uma determinada região, a fim de delimitar seu campo de atuação, organizar as referências de serviços dada suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, pois, sem esse formato organizacional o SUS não consegue se viabilizar como sistema integral, universal e igualitário⁵.

Na perspectiva de unificar a gestão da atenção nas regiões de saúde, como também qualificar a dinâmica institucional do SUS, considerando a necessidade de garantir ao cidadão serviços e ações que sejam eficientes e efetivos, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS n 4.279/2010, que definiu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁹. A partir deste ato normativo se inicia o processo de organização dos territórios em regiões de saúde, com o resgate histórico que fundamenta sua implantação, abrangendo conceitos, fundamentos e estratégias para a instituição das RAS¹⁰.

O arcabouço normativo da Regionalização se estabelece com o Decreto Presidencial nº 7.508/11, onde se apresentam os elementos para regulamentação da organização do SUS, incluindo o planejamento regional e de assistência à saúde, a articulação interfederativa e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde^{11,12}.

De acordo com Viana¹³, os significados e relações existentes entre as regiões de saúde e as redes de atenção apontam que o avanço do processo de regionalização é positivo para a melhoria do acesso às ações e serviços de saúde. Reconhece-se no Brasil que parte dos pequenos municípios tem baixa disponibilidade de capacidade instalada para a oferta de serviços de saúde. Por outro lado, há um considerável número de municípios de maior porte, que são estabelecidos como polos regionais, porém, sem dispor de aporte de pactuação que definam o processo de referência¹³.

Identificou-se, desse modo, a necessidade de conhecer as condições que favoreceram e dificultaram o processo da regionalização no estado do Amazonas, a partir das diretrizes nacionais, e a conformação das redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, definindo a Rede de Urgência e Emergência como foco desse estudo.

Para realização do estudo, indagamos: Como foi formulada e implementada a Rede de Urgência e Emergência (RUE) na região do Baixo Amazonas e no município polo de Parintins, considerando as diretrizes e normativas nacional e estadual para a organização do Sistema Único de Saúde na região?

A finalidade desse trabalho é apresentar e discorrer sobre como se processou a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na região e no município polo, segundo as normas e protocolos para o Sistema Único de Saúde. Para tanto, a pesquisa fez um levantamento da Regionalização e orientações preconizadas pelo nível nacional para as Redes de Atenção à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência no Brasil e no estado do Amazonas. A caracterização da RUE na região de saúde do Baixo Amazonas considerando a situação demográfica e epidemiológica da região e o contexto de implantação no estado do Amazonas. E descrever a condição atual da Rede de Urgência e Emergência do município polo de Parintins, a partir das orientações preconizadas e no contexto da regionalização no Baixo Amazonas.

O estudo tem como pressupostos que: A organização da rede de serviços de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar na região do Baixo Amazonas tem se mostrado insuficiente e irregular para atender a população da região quanto aos cuidados previstos pelas normativas assistenciais por essa rede, considerando as necessidades e especificidades da região e em face ao processo inconcluso de regionalização. Ainda, a condição de estrutura e processos existentes da RUE do município polo de Parintins como insuficiente para atender a demanda da região e

oferecer o acesso e resolutividade esperada, segundo às necessidades de saúde da população.

Assim, argumenta-se que, de acordo com Santos⁵, a integração de serviços na região se faz necessária para garantir a integralidade, através do processo de referência e contra referência de serviços, cabendo ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade que exijam escalas e outras complexidades administrativas e tecnológicas, os quais poderão ser acessados por municípios de outros municípios. Dessa forma, um cidadão de um município com menos oferta, ao precisar de um serviço de maior complexidade, poderá recorrer aos serviços de outro, de maior porte, dentro da região de saúde⁵.

Destaca-se que no estado do Amazonas, assim como em outras realidades do país, os demais municípios têm estrutura limitada de equipamentos, serviços e profissionais. O estado tem, ainda, suas especificidades geográficas que dificulta e limitam o acesso entre os municípios, somada à distância para a capital Manaus, onde estão concentrados os serviços de média e alta complexidade^{5,14}.

Em consonância, corrobora-se a fala de Souza¹⁵, acerca da concentração dos serviços de média e alta complexidade na capital Manaus, com uma baixa oferta de serviços que favoreçam os cuidados em saúde nos demais municípios. Ademais, o ritmo lento e a pouca importância dada ao processo de regionalização pelo estado, e a realidade de desigualdade entre os municípios dificultam o alcance da melhoria do acesso e garantia da assistência à saúde à população da região de saúde estudada¹⁵.

Como exemplo dessa situação na região de saúde do Baixo Amazonas, o município polo regional, Parintins, recebe os pacientes dos municípios circunvizinhos, porém, não dispõe de financiamento diferenciado e não há protocolos de acesso pactuados entre os demais municípios da região (PMS 18/21 e 22/25). Dessa forma, com frequência ocorrem aos serviços de saúde de Parintins pacientes em estado grave, sem regulação ou ao menos comunicação via telefone, para informar previamente o estado do paciente, tanto dos municípios da Região do Baixo Amazonas, quanto dos municípios vizinhos do estado do Pará^{16,17}.

Nesse sentido, a definição dos fluxos para o acesso e dos protocolos são fundamentais para qualificar a assistência na perspectiva de resolutividade às necessidades de saúde dos pacientes. Entre os mecanismos para organizar os fluxos e protocolos de acesso entre os municípios, visualiza-se a Regionalização da Saúde e as Redes de Atenção à Saúde como caminho para pactuar recursos e

corresponsabilidades entre os municípios e os entes federativos, estadual e Federal^{5,12}.

Uma vez que a Regionalização se constitui em estratégia para fortalecer o acesso às ações e serviços de saúde por meio do Planejamento Regional Integrado, conforme definição no Decreto nº 7.508/2011, pode favorecer a viabilização de recursos para estruturação da rede de serviços, seja a rede física, custear a contratação de recursos humanos e a aquisição de insumos. Com isso, poder-se-ia dotar e manter Parintins com infraestrutura compatível de município de referência em serviços hospitalares e ambulatorial, na Região do Baixo Amazonas. No entanto, o estado do Amazonas ainda não tem um processo de regionalização de fácil compreensão, uma vez que há pouca disponibilidade de publicações e informações institucionais que favoreçam conhecer o grau de desenvolvimento desse processo¹⁸.

Diante do exposto a pesquisa se justifica pela necessidade e importância de apreciar como está se desenvolvendo a atenção às urgências e emergências no contexto da regionalização de uma rede integrada, considerando os pressupostos normativos de organização do SUS, para a regionalização e redes de atenção à saúde. A partir da descrição do processo de organização e modo de atuação da RUE, será possível compreender como foram formulados e implementados os propósitos, as diretrizes normativas e técnicas para a estruturação das redes.

Considerando que a RUE requer ser organizada para prover acesso em tempo oportuno, uma vez que atende demandas com complicações agudas e de doenças crônicas, além de causas externas, espera-se compreender como está sendo colocada em prática a regionalização e conformação da RUE em consonância com os atos normativos. Ainda, a partir da apreciação da organização e práticas da rede de atenção às urgências e emergências no município de Parintins, polo da região de saúde do Baixo Amazonas, possibilita-se a identificação das barreiras, bem como pontos positivos da rede em ação.

A oportunidade de caracterizar a RUE no contexto de regionalização possibilitará dar visibilidade às condições da atenção à saúde no Baixo Amazonas, identificando avanços, desafios e possibilidades visando subsidiar análises e futuras avaliações, essenciais para a gestão dos municípios, estado e órgãos colegiados atuarem na implementação da regionalização com as RAS, a fim de potencializar a integralidade e universalidade da atenção à saúde, no Amazonas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apreciar a evolução da organização e da implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) segundo às diretrizes e normas para o Sistema Único de Saúde, na região de saúde do Baixo Amazonas e município polo de Parintins.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Relatar o processo de regionalização e implementação das Redes de Atenção à Saúde no estado do Amazonas e regiões de saúde, segundo as diretrizes e normas para o Sistema Único de Saúde;

b) Caracterizar a implementação da política para Rede de Atenção às Urgências e Emergências no estado e região do Baixo Amazonas, no contexto das diretrizes nacionais e estaduais;

c) Descrever a organização e funcionamento da Rede de Urgência e Emergência no município de Parintins, considerando os serviços e os fluxos de regulação e assistência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em ciclos políticos, compreenderam dois períodos nos quais prevaleceram a descentralização para os entes federativos de governo, com protagonismo da esfera municipal no primeiro ciclo de 1998 a 2000, e o início do processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no segundo ciclo (2000 até os dias atuais). São diferentes os contextos políticos, econômicos e sociais de um período e de outro; o modelo de atenção à saúde é definido, o perfil de financiamento, o tipo de descentralização, os atores-chave, a base de sustentação da política, a territorialização proposta e os modelos de gestão e regulação¹⁹.

A adoção da descentralização como diretriz na implementação de sistemas de saúde e a relação com os movimentos de reforma do setor, gerou implicações que são apontadas na literatura nacional e internacional²⁰.

As análises sobre a dimensão municipalista de saúde no Brasil indicam resultados diversificados e condicionados pelo contexto da implementação, estes marcados pelas realidades dos municípios e disposição política dos atores governamentais. Este cenário trouxe para o centro do debate a necessidade de compatibilizar a descentralização através de estratégias de regionalização, a fim de equilibrar autonomia e a interdependência entre os entes federativos, incentivar a formalização das pactuações e organizar em nível regional um sistema de saúde integrado²⁰.

A Regionalização, embora prevista na CF de 1988 e na Lei orgânica da saúde de 1990² só teve início no âmbito da política nacional de saúde a partir do ano de 2001, com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), onde a definição de “região de saúde” foi estabelecida, tendo como principal objetivo apontar a equidade para a distribuição de recursos para o acesso às ações e serviços de saúde. Dessa forma, a regionalização é macro estratégica para a descentralização e necessita contemplar a lógica do planejamento integrado¹³, de forma a conformar sistemas funcionais de saúde, que se traduzam em redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de

mecanismos de comunicação, fluxos que garantam o acesso a serviços e níveis de complexidade necessários a resolução de problemas, na perspectiva de otimizar recursos disponíveis¹⁶.

De acordo com Souza²¹, um dos pontos mais importantes da NOAS SUS 01/01, diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios e com aprovação desse Plano pelo Conselho Estadual de Saúde²¹. O processo de regionalização, proposto pela NOAS SUS 01/01, já requeria a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, através da formulação da programação pactuada e integrada²¹. Contudo, os processos de descentralização e regionalização do SUS, são influenciados de acordo com o grau de importância que tem para as instancias estaduais e municipais²².

A regionalização retorna a agenda do SUS, no ano de 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699, que surgiu com a proposta de substituir o formato “rígido” da NOAS, com flexibilizações capazes de favorecer a regionalização e o aperfeiçoamento de rede ⁽²³⁾. O Pacto pela saúde, trouxe como diferencial a proposta de formalização de acordos federativos nos vários âmbitos da gestão e atenção à saúde, uma vez que expressa o compromisso entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS e dá ênfase nas necessidades de saúde. O Pacto definiu novas diretrizes para a regionalização e a recolocou como eixo central^{23,24}.

Novas diretrizes foram formuladas, através da Portaria nº. 4.279/2010, com a finalidade de estimular a configuração das redes de atenção à saúde e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Foi estabelecida a definição das regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde (RAS), e o processo de regionalização como estratégia fundamental para a sua configuração²⁵.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508/2011, que cumpre, dentre outras coisas, a determinação constitucional de que o SUS deveria ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada, e estabeleceu como as regiões de saúde deveriam ser organizadas e o mínimo de ações a ofertar²⁶, definindo a Regionalização como um caminho para pactuar recursos e corresponsabilidades Inter federativas: Federal, Estado e Município e estratégia para fortalecer o acesso por meio do planejamento

regional integrado. O Decreto incorporou um conceito mais estruturado de redes de atenção à saúde, na medida que define as portas de entrada da rede de atenção à saúde regionalizada, os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto e apontam a referência para serviços de maior complexidade tecnológica. As portas de entrada deveriam se organizar a partir da regulação do acesso. Assim, se constituem em portas reguladas pelo sistema sob o ponto de vista técnico, sanitário e administrativo^{5,27}.

Ainda no ano de 2011 a Comissão Intergestores Tripartite, editou a Resolução nº 01, que estabeleceu diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

A partir de 2017, a Regionalização teve como pauta de consenso entre os gestores, a importância do Planejamento Regional Integrado (PRI), conforme a Resolução CIT 23/2017 que estabeleceu diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Em 2018, outra resolução (CIT 37/2018) dispôs sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, com aplicação de parâmetro populacional para a conformação de Regiões a fim de obter escala para a estruturação de serviços de saúde. A Resolução CIT nº 37/2018 também estabeleceu como parâmetro mínimo de 500 mil habitantes para os estados da Região Norte e 700 mil habitantes para os demais estados. Em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a Resolução CIT nº 37/2018 estabeleceu que o Plano Regional consiste no produto do processo de PRI e demais providências. Além disso, a Resolução CIT 44/2019 definiu que o acordo de colaboração entre os entes Federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, deveria resultar do Planejamento Regional Integrado e ser expresso no Plano Regional, observando as diretrizes contidas nas Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018.

A Regionalização da Saúde constitui-se enquanto processo de pactuação política entre os entes federativos, que a priori deveriam decidir solidariamente acerca da utilização da capacidade instalada no território. Assim, na perspectiva da regionalização e da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), recomenda-se que os esforços da gestão se concentrem no processo de planejamento regional

integrado, em que também ocorra a discussão acerca de diretrizes, objetivos, metas e indicadores a serem perseguidos pelo conjunto de municípios, pelos Estados e pela União, no âmbito de um espaço territorial ampliado que é a macrorregião de saúde²⁸. É importante ressaltar que no Brasil, onde as desigualdades e diversidades territoriais são imperativas, a regionalização da saúde se torna um fenômeno de enorme complexidade. E, também, há o marcante papel do federalismo tripartite, a dinâmica das transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas e a complexidade da multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais; públicos e privados) que estão envolvidos no processo de financiamento, na gestão, na provisão dos insumos e prestação de ações e serviços¹³.

A capacidade de coordenação regional precisa ser fortalecida pelos gestores estaduais, haja vista que a regionalização é uma das macro funções que está nas atribuições dos gestores estaduais, que tem impacto no êxito da regionalização ⁽²⁹⁾. Uma vez que a regionalização é apontada como estratégia que tem capacidade de solucionar as lacunas na oferta, principalmente de serviços de maior complexidade que requerem tecnologias mais avançadas que não estão disponíveis na maior parte dos municípios brasileiros, de forma que através da regionalização há possibilidade de garantir a universalidade e integralidade inerentes ao SUS e desfavorece a falta de integração organizacional. Assim, fica claro que o papel da gestão estadual é crucial para a efetivação do processo de regionalização.

A regionalização da saúde, passa então a ter como base para a sua operacionalização as Redes de Atenção à Saúde, que abordaremos na sequência o percurso para a implantação das mesmas.

3.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes são novas formas de arranjo de organização social, seja do estado ou da sociedade, com intensidade de tecnologias de informações e fundamentada na cooperação entre unidades que possuem independência. Há inúmeros conceitos que se traduzem em elementos comuns das redes: estabilidade das relações, autonomia, poder hierárquico, partilha de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e permuta constante e duradoura de recursos³⁰.

De acordo com Mendes, a partir da década de 90, as propostas de redes como alicerce às políticas públicas têm crescido, a fim de superar o modelo burocrático e

hierárquico hegemônico, num cenário marcado pela complexidade das questões sociais, de processos de privatização, com descentralização acelerada, globalização, propagação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. Nesse contexto, as organizações hierárquicas rígidas definidas por pirâmides hierárquicas e por um modelo de produção estabelecidos pelo taylorismo e do fordismo tendem a serem substituídos por redes constituídas em tessituras flexíveis e abertas de partilhas e interdependência em objetivos, informações, compromissos e resultados³¹.

O debate acerca de redes de atenção inicia em 1920 com o relatório de Dawson, que apresenta a descrição completa de uma rede regionalizada³¹. O contexto do momento era o período pós Primeira Guerra Mundial, onde buscavam mudanças no sistema de proteção social e na organização da provisão de serviços de saúde no Reino Unido, que tinha como base a coordenação entre os serviços preventivos e curativos³². A proposta de Dawson apontava o território como quem estabeleceria a organização de serviços, com capacidade de ofertar atenção integral para a população, a partir das características de “porta de entrada” no sistema de saúde. Ainda, consideraria a distribuição da população, o meio de transporte, bem como os fluxos estabelecidos, consideraria o tamanho, complexidade e as circunstâncias. As situações de maior complexidade que não podiam ser resolvidas na atenção primária e secundária seriam encaminhadas para um hospital de referência já vinculado aos serviços que recebiam. A organização dos profissionais seria de forma integrada, a fim de que pudessem fazer o acompanhamento dos indivíduos adscritos desde a queixa inicial até o retorno ao domicílio^{32,33}. Segundo Kuschnir; Chorny³³:

As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único por que, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária³³.

Existem relatos de várias experiências estrangeiras, como do Canadá, Espanha, EUA, entre outras de que a integração da atenção primária à saúde, associada aos demais níveis de atenção corrobora para a diminuição de índices de agravos e de cronicidades, que embasou estudos realizados pelo próprio a fim de desenvolver cooperação no estado de Minas Gerais e no Brasil afora para

implantação das RAS. Traz também, conceitos importantes de concentração e desconcentração de serviços. No caso de serviços da atenção primária, que requerem menor tecnologia e custos, estas devem ser desconcentradas e no caso da média e alta complexidade, pelo alto custo e ganho em escala, estas devem ser concentradas³¹.

O modelo de instituição das RAS é preconizado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), o qual vem sendo desenvolvido em países em transição demográfica e epidemiológica com predominância de condições e agravos crônicos, e se apresenta como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde. A RAS é proposta como um modelo poliárquico, na normativa legal que a institui, composto por diferentes pontos de atenção e pelas ligações que os comunicam, na perspectiva de se obter melhores resultados epidemiológicos e alcance de integralidade do cuidado em saúde^{31,34}. Nesse sentido, no Brasil, a formulação da política de Redes de Atenção à Saúde, tem importante influência das Redes Integradas de serviços de Saúde, conforme preconização da OPAS, que visa a atenção a uma população determinada, serviços de saúde com vários diferentes níveis de atenção e complexidade com a definição territorial. O Objetivo central na referida definição é que a aplicação do conceito de redes favorece a articulação, interdependência e coordenação de atores públicos, privados e mistos, com a incorporação de tecnologias especializadas ampliando o acesso, contribuindo para melhorar a conexão na rede de serviços de saúde e fortalecer a sua governança^{29,31,34}.

Segundo Tofani et al³⁴, a literatura aponta que o modelo das Redes de Atenção à Saúde, está proposto com base num referencial teórico específico, porém, não é único e assim, tem influências de outros campos de conceitos e práticas. O modelo proposto, tem como pressuposto evidente a centralidade na atenção básica e tem correlação com o processo de regionalização da saúde. No campo da prática, estudos estabelecem a organização de redes para a atenção a saúde, com enfoque na estrutura e definição de fluxos, tendo o cuidado em saúde como produtor de redes, com o protagonismo dos usuários e profissionais de saúde.

Organizar o sistema de saúde em redes foi uma alternativa de resposta para viabilizar acesso e qualidade a toda população, através da oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência. Nesse sentido a regionalização deveria ser baseada em territórios, compatíveis com autossuficiência dos recursos de saúde nos diversos níveis de atenção, com subdivisões em microrregiões como mecanismo de facilitar o

acesso da população³³.

Assim, o início do debates das Redes de Atenção à Saúde, ocorre a partir da necessidade que existe em face da não resolutividade que o modelo atual de saúde não responde em relação à transição demográfica, que é demonstrada pela tripla carga de doenças, composta pelas doenças crônicas, doenças infecciosas e provocadas por causas externas; em contrapartida se tem um modelo fragmentado e reativo, como afirma Mendes que não deu conta ao longo dos anos, priorizando mais as condições agudas em detrimento das crônicas, o que assola nosso país devido ao envelhecimento atual da pirâmide etária do país³¹.

A conformação de Redes de Atenção à Saúde, em face da sua importância para a qualificação dos sistemas de saúde, se faz necessário pelo aumento crescente da incidência e prevalência das doenças crônicas, requerem a construção da integralidade para a intervenção nos custos crescentes que ocorrem nos sistemas de saúde. Nesse sentido, compreendemos que a oferta de serviços deve estar em consonância com a capacidade de respostas para as necessidades dos usuários, considerando o contexto social, os fatores que podem beneficiar a saúde dos mesmos, com o percurso e contato nos diferentes pontos de atenção do sistema^{31,32}.

Ademais é relevante destacar que o modelo de atenção com foco na fragmentação episódica em resolver as condições agudas de doenças, não corrobora para a organização da atenção, pois, não pensa a saúde de forma articulada entre os níveis de atenção. De forma que é perceptível a falta de conexão entre os pontos de atenção da atenção básica, média e alta complexidade. Por outro lado, os profissionais também, não estão habituados a se articularem para dar continuidade aos cuidados para cada usuário, de acordo com seu quadro clínico. Esse usuário, então, passa a peregrinar de porta em porta e quando consegue atendimento, há o recomeço da assistência que leva a cronificação e até mesmo ao óbito pelo grande caminho que percorreu sem receber o devido acesso resolutivo e em tempo hábil da sua necessidade de saúde, como está posto no decreto nº 7.508/2011³⁵.

O trabalho em RAS exige atenção das pessoas usuárias no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população³⁶.

3.2.1 Elementos Conceituais na Conformação das RAS e sua Organização no SUS

A RAS destaca dentre seus objetivos a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada; e a ampliação do desempenho do sistema em termos acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como da eficiência econômica¹⁹.

De acordo com Reis et al²⁹, a constituição da RAS teve como diretrizes orientadoras de organização os seguintes pontos: territorialização; reorientação do modelo de atenção, que definiu a atenção básica como eixo reorientador das linhas de cuidado; intersetorialidade; planejamento estratégico integrado; marcos regulatórios regionais estruturados visando a estabilidade e unicidade nos processos e espaços de decisões²⁹.

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. Vale ressaltar que a pretensão de construir o modelo de redes de atenção foi devido à transição epidemiológica para as doenças crônicas e com o nosso atual modelo voltada para os eventos agudos, para um sistema fragmentado e episódico. Por isso, mudanças de paradigmas são necessários, com intuito de produzir mudanças sanitárias profundas⁷.

A formulação da RAS consideram um modelo poliárquico centrado na Atenção Primária à Saúde - APS e muitos estados comprovam que quando as redes são focadas mais nos pontos de atenção primária com suas ferramentas leves de promoção à saúde e prevenção às doenças em detrimento no enfoque nos pontos hospitalares, a primeira escolha está condicionada a menores custos para o sistema de saúde e melhores indicadores de morbimortalidade³⁷.

Isso nos leva a pensar que a economia de escala está atrelada à produção de serviços com qualidade do que em pequenas quantidades como muitos municípios estão habituados a pensar individualmente, refletindo isso para dentro da região. E quando se unem para realizar serviços para as necessidades de uma região de saúde ganham em escala e com isso em qualidade como mostram diversos estudos realizados acerca dessa relação³⁷. E junto devemos considerar o acesso desses usuários às ações e serviços de efetividade no momento adequado.

Através da instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no ano de 2010, O Ministério da Saúde, buscou retomar o fundamento constitucional de organização

do SUS como uma rede regionalizada de produção de saúde, a partir da articulação intermunicipal, interestadual e entre as três esferas de governo, do redesenho e do fortalecimento da governança²⁰.

A portaria GM nº4.279 (2010) conceitua a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁹. A referida portaria propõe a inovação nos processos organizacionais para produzir respostas positivas nos indicadores de saúde, consolidando assim os princípios do SUS, e a integração dos entes federativos, reafirmando sua corresponsabilidade no processo de construção da rede. Essa RAS precisa ser ordenada pela APS, *a priori*, a responsável pelos fluxos dos usuários.

A partir da institucionalização das redes de Atenção à Saúde, o MS priorizou as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências e Emergências, ambas instituídas em 2011, respectivamente pelas portarias GM/MS nº 1.459, de 24/06/2011 e nº 1.600, de 07/07/2011. Nesse mesmo ano também foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088, de 23/12/2011) e no ano seguinte, a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Em 2014, foi a vez da Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 483, de 01/04 de 2014)³⁸.

3.3 REDE DE ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

O principal objetivo da Rede de Atenção a Urgência e Emergência (RUE) é integrar pontos de atenção, descentralizando o atendimento, mas com acesso qualificado e humanizado para aqueles em situação de emergência, de forma integral, buscando a resolutividade e a melhoria dos fluxos de atendimentos³². Organizar os serviços de saúde em rede e incorporar novas tecnologias, tem o objetivo de assegurar que os casos agudos sejam atendidos em qualquer nível de atenção e, se necessário, que sejam encaminhados para outro nível, entendendo assim a necessidade permanente de qualificação dos profissionais, para a resolutividade dos atendimentos³⁹.

O crescimento da demanda para atendimento de urgência e emergência, tem ocorrido de forma notória nos últimos anos, considerando o aumento da violência, dos

acidentes automobilísticos e dos quadros provocados pelas doenças crônicas⁴⁰. Esse crescimento, tem impactado de forma negativa sobre o sistema público de saúde, que acaba sobrecarregado com impacto direto nas estruturas, que superam a capacidade de atendimento e, por conseguinte, na capacidade de resposta da rede pública⁴¹.

A RUE foi proposta e instituída com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, para ampliar acesso aos usuários em situação de urgência e emergência com agilidade e tempo hábil (Gestão regional e a produção singular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências). O atendimento das demandas de quadros agudos deve ser prestado em todas as portas de entrada dos serviços do SUS, visando a resolutividade integral da demanda ou removendo-a, de forma responsável, para um serviço de melhor estrutura, dentro de um sistema de referência e regulado, organizado em redes regionais de urgência e emergência, que se constituem como elos de uma rede de manutenção da vida, organizado em níveis crescentes¹⁸.

Assim, o arranjo da RUE pretende articular e integrar os serviços no âmbito do SUS, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência aos serviços de saúde, em tempo oportuno, tendo como base os critérios epidemiológicos e de densidade populacional¹⁸. Para isso, organiza-se nos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento; Hospital e Atenção Domiciliar³⁴.

3.3.1 As diretrizes e orientações de organização da Rede de Urgência e Emergência -RUE no SUS

A consolidação da RUE como parte instituída do SUS, com suas diretrizes, normas e formas de financiamento definidas, propõe a organização desta rede de atenção com base nos seguintes componentes (Quadro 1), que orienta aos estados e municípios na organização e funcionamento dos serviços e fluxos na atenção às urgências e emergências.

Quadro 1 - Componentes da RUE segundo a Portaria nº 1.600/11

Componentes	Objetivos
I-Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde	Estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanentevoltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicasnão transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
II-Atenção Básica em Saúde	A ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
III-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação	Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequadopara um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
IV-Sala de Estabilização	Ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outrosníveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.
V-Força Nacional do SUS	Aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.
VI-Unidades de Pronto Atendimento (UPA24 horas)	Devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos porquadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
VII-Hospitalar	Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelosleitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e delaboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
VIII- Atenção Domiciliar	Conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Fonte: Brasil¹¹.

No percurso normativo de instituição da RUE como Política Nacional no âmbito das Redes de Atenção à Saúde e os seus componentes, é importante destacar as

diretrizes que orientam a organização da RUE no âmbito dos estados, suas regiões de saúde e respectivos municípios (Quadro 2).

Quadro 2 - Diretrizes que norteiam a organização da RUE

Principais Diretrizes de Implementação da Rede de Atenção a Urgências e Emergências
Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes)
Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção
Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação
Classificação de risco
Regionalização da saúde e atuação territorial
Regulação do acesso aos serviços de saúde
Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde
Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares
Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias
Centralidade nas necessidades de saúde da população
Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde
Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada
Articulação interfederativa
Participação e controle social
Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas
Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Fonte: Damasceno et al³².

A RUE, pela sua complexidade de atuação que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.) tem em sua composição diversos pontos de atenção, em áreas distintas que requerem capacidade de resposta ao atendimento as situações de urgência e emergência. Para tanto, é necessário a atuação integrada, articulada e sinérgica de seus componentes. Vale ressaltar, que de forma transversal a todos os componentes, deve haver o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso conforme apresentado na (Figura 1), e a especificação das estratégias para organização da rede e suas práticas nos diferentes níveis da atenção (Quadro 3).

Figura 1 - Componentes pré-hospitalares, hospitalar, atenção domiciliar e transversais da RUE



Fonte: Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde⁵⁴.

Quadro 3 - Estratégias prioritárias na RUE

Estratégias destacadas como prioritárias na RUE
Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE
Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva
Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos
Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP)
Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica
Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multidisciplinares de apoio (Emap)
Articulação entre os seus componentes.

Fonte: Damasceno et al³².

O processo e fluxos assistenciais de toda a RUE tem como base o acolhimento com classificação de risco, com qualificação e resolutividade da atenção, os quais constituem a base de todos os pontos de atenção da Rede³².

A classificação de risco tem como objetivo definir a prioridade clínica, para facilitar a gestão do cuidado. A prioridade não está ligada ao diagnóstico. O método

requer que o profissional faça a definição do motivo pela procura do usuário ao serviço de urgência com a identificação da queixa principal. A escolha segue, entre as condições que se apresentam em fluxogramas, relacionado a mais pertinente com a queixa. A seguir, procura-se um conjunto de sinais e sintomas em todos os níveis de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, devem ser compatíveis com a gravidade apresentada⁴¹.

Integrar os serviços de urgência e emergência em rede pode estabelecer um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de risco funciona como ferramenta de comunicação, responsabilização e regulação, nas RAS, das condições agudas que possibilitam acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços^{42,43}. Assim, como a atenção no lugar certo em tempo oportuno e qualificado, possibilita retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, uma grande parte das pessoas que estão em situações de urgência, de acordo com a cor de classificação azul ou verde, para atendimento prioritário na Atenção Primária à Saúde. Isso é fundamental na perspectiva de superar os graves problemas de lotação que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência, tendo os corredores com inúmeras macas e filas, colocando sempre na mídia situações de superlotação³².

O funcionamento das redes de atenção às urgências e emergências se organiza a partir dos seguintes critérios: utilização de protocolo único de classificação de risco; fluxos estabelecidos de acordo com a classificação de riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se co-responsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado; compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), prontuário eletrônico) que se co-responsabilizam pelos resultados; e informatização dos processos^{41,42}.

O funcionamento dos serviços de urgência e emergência ocorre em horário contínuo e tem como atribuição atender pessoas em situações de agravos a saúde, agudos ou agudizados, com risco de morte ou de grande sofrimento, mas, também

atende, as urgências de usuários não acolhidos pela atenção básica, fator que influencia à procura espontânea da população pelo serviço de urgência, na perspectiva de ter atendimento mais rápido e resolutivo^{42,44}.

Contudo, os atendimentos dos serviços de urgência sofrem forte impacto pelo aumento do número de acidentes, principalmente de trânsito, violência urbana, crescimento e envelhecimento da população, bem como a estrutura limitada que leva ao estrangulamento desses serviços e dificuldades para atender a amplitude das demandas geradas^{11,44}.

Desde 2002 o Ministério da Saúde reconhece a necessidade e importância de um sistema de Urgência e Emergência no Brasil, quando estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de Urgência e Emergência (UE), as normas e critérios de funcionamento, e classificação e cadastramento de serviços. Pressupõe a organização em rede com serviços de diferentes níveis de complexidade visando a efetividade da proposta.

Em que pese as duas décadas de implementação do sistema de UE e da RUE como uma das redes temáticas de atenção à saúde desde 2011, ainda são escassos os estudos sobre a sua implementação, especialmente na Região Norte do país. A complexidade do funcionamento de uma RUE em razão das características geográficas da região, que demandam especificidades para garantir o acesso e a assistência às situações de urgência e emergência em tempo oportuno, apontam para importância da elaboração de estudos que esclareçam o contexto e as condições de sua implementação, e apresentem suas características de organização para futuras avaliações. Nesse sentido, as questões sobre como a regionalização das RAS e especificamente a RUE evoluíram com proposta normativa e em sua implementação no país, no estado e região de saúde do Baixo Amazonas, e em seu município polo, Parintins, orientaram a realização do presente estudo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa onde utilizou-se como técnicas de pesquisa: a pesquisa documental e análise dos sistemas de informação de saúde do Brasil, do estado do Amazonas e do município de Parintins. Os dados coletados permitiram descrever e apreciar, a partir das diretrizes e normas nacionais e estaduais para o Sistema Único de Saúde, a evolução da institucionalização da regionalização e das redes de atenção à saúde no país e no estado do Amazonas; a caracterização da organização da Rede de Urgência e Emergência na região de saúde do Baixo Amazonas, e a descrição da organização e fluxos da RUE no município de Parintins, polo regional do Baixo Amazonas. A apreciação, como uma etapa anterior a uma avaliação, tem natureza de um diagnóstico da situação em estudo e constitui-se na coleta, revisão e análise dos dados preliminares e disponíveis para compreender uma dada situação e contribuir para a sua melhoria⁵⁰.

4.2 PERÍODO DE ESTUDO

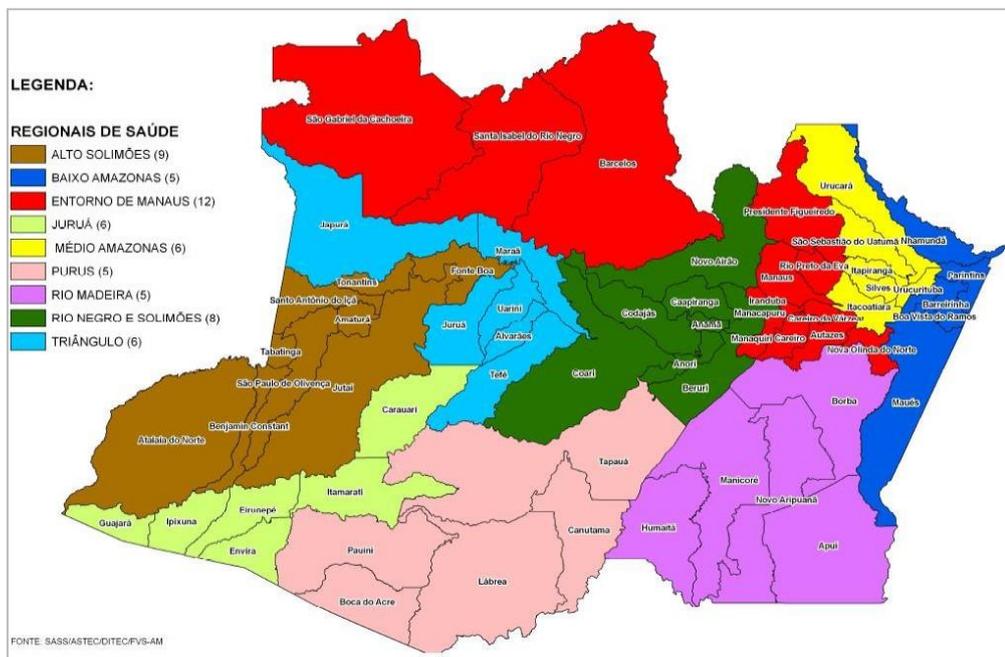
O estudo foi desenvolvido, principalmente, no período de fevereiro de 2022 a janeiro de 2023, fase de complementação da coleta, da análise dos dados e elaboração do texto. Porém, a coleta de dados documentais e revisão da literatura foi iniciada na fase de elaboração de projeto e seguiu ao longo do período considerado.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

Localizado no norte brasileiro, o Amazonas é o maior estado do Brasil. (1.570.745,680 km² = 18% do território nacional). A capital Manaus, um dos 62 municípios do Amazonas, é a cidade com maior população da Região Norte, e a sétima capital em número de habitantes no Brasil. Com 2.2 milhões de habitantes (IBGE, 2021), Manaus concentra cerca de 52% da população do estado e está em 6º lugar entre as maiores economias do país. Inversamente ao seu tamanho, o

Amazonas conta com 4,2 milhões de habitantes, que representam cerca de 2% da população do país, e apresenta a segunda menor densidade demográfica (2,7 habitantes por Km²) entre as unidades da federação⁴⁵. Para a gestão da saúde, seu amplo território é dividido em nove regionais de saúde, que podem ser visualizadas no mapa abaixo (Figura 2), identificando os municípios que as compõe.

Figura 2 - Estado do Amazonas: Mapa das regiões de saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas, 2023-2023⁴⁷.

A pesquisa concentrou-se na Região de Saúde do Baixo Amazonas, no Estado do Amazonas. A região de Saúde do Baixo Amazonas é composta pelos municípios: Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Parintins, Maués e Nhamundá, possui população estimada em 253.955 habitantes. O estudo de natureza documental retratou a evolução da implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências nesta localidade, sendo o produto técnico, parte integrante deste estudo, refere-se à implementação da RUE no município de Parintins, polo da Região de Saúde do Baixo Amazonas.

4.4 FONTE DE DADOS: ACERVO DOCUMENTAL E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Utilizou-se fonte de dados secundárias, como documentos e sistemas de

informação de saúde de acesso aberto, que permitiram: descrever a evolução da institucionalização da RUE no país e região norte, e caracterizar a RUE no Baixo Amazonas em seus aspectos políticos e institucionais e; descrever os componentes estruturais, fluxos de regulação e decisões sobre a implementação da RUE no município de Parintins e do contexto da região. Foram coletados documentos e normativas oficiais (Pacto de Gestão, Portarias RAS Decreto 7.508, Relatórios-RAG, Atas, Planos Municipais da região do período de 2017-2021 e Plano Estadual de Saúde 2016- 2019/2020-2023, ATAS da CIR entre 2013-2021, Normas da RUE); estudos e publicações científicas. Como fontes de dados, foram coletados dados e informações do Tabnet, Tabwim, SIM, SINAN e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

4.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para analisar as diretrizes e normas estabelecidas sobre Regionalização, Redes de Atenção à Saúde e Rede de Urgência e Emergência no país, estado e região de saúde, procedeu-se a coleta de documentos oficiais e de gestão disponíveis para acesso público, contemplando normas, protocolos, atas de reunião e decisão, e demais documentos definidos pela legislação vigente do Ministério da Saúde e estado do Amazonas. Na fase de análise dos dados documentais, estes foram descritos em textos e quadros sistematizando a estruturação da RUE preconizada pelas normativas, conforme apresentado abaixo (Quadro 4).

A caracterização da RUE na região de saúde do Baixo Amazonas e município referência de Parintins, realizou-se a partir da análise de documentos e normativas oficiais (Pacto de Gestão, Portarias RAS, Decreto 7.508, planos estaduais, regionais e municipais de saúde). E para apresentação do perfil de morbimortalidade com ênfase em agravos e doenças que exijam maior aporte da RUE (causas externas, cérebros vasculares e doenças crônicas), recorreu-se aos dados secundários de sistemas de informações do Ministério da Saúde.

Para a descrição da organização e fluxo de funcionamento da RUE para o município polo de Parintins, foram utilizadas informações do CNES, do sistema de informações de internações hospitalares e de Relatórios de Gestão de Parintins, contemplando a situação epidemiológica, os serviços e níveis de complexidade, o fluxo planejado e o fluxo real dos usuários na rede de atenção às urgências e

emergências. Os dados analisados foram estruturados a partir da descrição dos componentes da RUE e seus fluxos de regulação e; o contexto de implementação no município de Parintins, polo da região de saúde do Baixo Amazonas. A análise documental foi realizada com base nas categorias de uma matriz para extração dos dados disponíveis, conforme exemplificada a seguir:

Quadro 4 – Matriz de análise documental

Documento	Conteúdo	Data de Publicação	Tipo	Observações
Título do Documento (Portaria, Ata de reunião, Relatório etc)	Síntese das informações relevantes. Principais categorias: quando, quem (órgão), como foi produzido; encaminhamento, mudanças, decisões a partir do documento	Data de publicação do documento	Documentos de criação, normatização, implementação, avaliação etc	Relação com os períodos de regionalização e organização das RAS e RUE

Fonte: A autora.

Como parte das recomendações para a conclusão do curso de Mestrado Profissional, é requerido a elaboração de um produto técnico a partir do estudo realizado, inserido neste texto como Apêndice 1. A opção por manter este produto no corpo da dissertação deveu-se a que futuros leitores deste material poderão ter acesso ao proposto e ampliar a circulação e utilização dos achados do estudo, considerando sua aplicação prática. O produto técnico contemplou a descrição do contexto, da organização e dos fluxos de regulação dos componentes da RUE no município de Parintins, tomando como ponto de partida a organização da intervenção no município, sendo este polo da Região de Saúde do Baixo Amazonas.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo envolveu coleta de dados secundários de livre acesso, com todos os documentos disponíveis em base de dados públicas e previamente publicados (LAI - lei de acesso à informação - Lei nº 12.527). Como o projeto não envolveu seres humanos, não foi necessário que o projeto fosse submetido à apreciação do Comitê de Ética, conforme destaca a Resolução da CONEP 466/12.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS

A regionalização no estado do Amazonas é descrita no Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2016-2019 como um permanente desafio por conta principalmente das especificidades das características geográficas, econômicas e culturais. A grande extensão territorial e a dispersão populacional em áreas de difícil acesso e comunicação são fatores que tornam a operacionalização de políticas públicas um grande desafio⁴⁶. O grande número de pequenos agrupamentos populacionais sediados em locais de difícil acesso, com sistema de transporte insuficiente para o deslocamento rápido e contínuo, concentrado nas vias fluviais e com precárias estruturas de saneamento básico, são características presentes na maioria dos sessenta e dois municípios amazonenses, os quais são iguais, somente, sob o ponto de vista de atribuições constitucionais, mas ao mesmo tempo desiguais para a gestão da política de saúde⁴⁷.

O contexto de peculiaridades geofísicas e isolamento, condições de vida da população, baixa densidade populacional, diversidade étnica, pobreza e insuficiência de infra-estrutura assistencial e sanitária do Estado do Amazonas, quase nunca é levado em consideração no processo de descentralização do SUS pelo nível federal. Essas condições socio sanitárias impõem limitações severas aos sistemas de saúde estadual e municipais, tornando seu desenho bastante distinto daquele previsto nos instrumentos reguladores do SUS⁴⁸.

Assim, a região necessita provocar reflexões na busca de viabilidades que correspondam às suas especificidades, frente as enormes dificuldades logísticas, principalmente no transporte de pacientes. Ademais, atualmente, permanece a concentração de especialidades nas capitais de modo que a interconectividade e os serviços de Telessaúde/Telemedicina, se constituem imprescindíveis para a melhoria do acesso, em tempo oportuno. A Amazônia deve ser foco de estudo do Conasems e do SUS, a fim de garantir o direito a saúde das populações isoladas, não unicamente por uma Atenção Básica que seja diferenciada, mas com a possibilidade de ter disponível uma estrutura compatível com a regionalização, através da estruturação das Redes de Atenção à Saúde⁴⁹.

Diante das peculiaridades geográficas e socioeconômicas que são singulares no estado do Amazonas e por conseguinte têm forte influência no acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e resolutivo, é necessário identificar a evolução do processo de regionalização da saúde e Redes de Atenção à saúde considerando que regionalização e redes de atenção se complementam, a partir dos marcos normativos instituídos pelo SUS.

5.2 EVOLUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO AMAZONAS E REGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO AS NORMATIVAS DE ÂMBITO FEDERAL E ESTADUAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tendo como orientação política e organizacional às normas e diretrizes nacionais para institucionalização do SUS, o processo de regionalização da assistência à saúde no estado do Amazonas e suas regiões, e a implantação das redes de atenção à saúde foram sendo instituídos, conforme os marcos legais apresentados nos quadros demonstrativos descritos a seguir:

Quadro 5 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2002 a 2006

(continua)

FORMULAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO		
NORMATIVA	DESCRIÇÃO	DESDOBRAMENTO
Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde RESOLUÇÃO Nº 020/2002 – CIB/AM	Primeiro documento orientador do processo de regionalização, a partir das normativas do Sistema Único de Saúde NOAS-SUS 001/2002.	01 Macrorregião de Saúde Centro Macrorregional Manaus; 10 Regiões de Saúde; 19 Microrregiões; 19 Pólos; 62 Módulos Assistenciais.
Projeto Básico RESOLUÇÃO CIB Nº 048 DE 27/09/2004	Oferta de serviços nas regiões de saúde para assistência de urgências e emergências.	Prestação de atendimento itinerante (mensal) de Cirurgia Geral com procedimentos de média complexidade aos municípios do interior, a serem efetivados nos municípios polos.

Quadro 5 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2002 a 2006

(conclusão)

RESOLUÇÃO CIB/AM Nº. 055 DE 13/11/2006- Dispõe sobre Projeto Complexo Regulador para o Estado do Amazonas	Implantação de Complexo regulador em cinco Macrorregionais	Implantação das macrorregionais (MR): MR Manaus (17 municípios), até 07/2007; MR Tabatinga (07 municípios), até 12/2007; MR Itacoatiara (15 municípios), até 12/2007; MR Manacapuru (11 municípios), até 06/ 2008; MR Tefé (12 municípios), até 06/ 2008.
RESOLUÇÃO CIB Nº 042 DE 24/09/2007- Dispõe sobre a proposta de investimentos para Complexo Regulador no Estado do Amazonas.	Pactuação referente à modalidade de transferência dos valores alocados pelo Ministério da Saúde para Complexos Reguladores do Amazonas em 2006 e 2007; aprovação do Cronograma de Implantação dos Complexos Regionais de Regulação do Estado do Amazonas.	Complexo Regulador Estadual (Manaus) e 3 Complexo Regional. (Itacoatiara, Manacapuru e Tefé).
RESOLUÇÃO CIB/AM Nº 036- AD REFERENDUM- DE 14/09/2006 - Dispõe sobre o projeto de procedimentos cirúrgicos de média complexidade para o Estado do Amazonas.	Apresentação de Projeto de procedimentos cirúrgicos de média complexidade para o estado, com recursos da Política Nacional de Cirurgias Eletivas.	Distribuição dos recursos financeiros de cirurgias eletivas para os municípios em âmbito de Região, para atender 4 regiões de saúde: Centro Regional; Alto Solimões, Purús e Juruá.

Fonte: A autora.

O primeiro documento orientador do processo de regionalização no estado do Amazonas foi o Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde, elaborado nos termos estabelecidos na NOAS-SUS 001/2002, a partir das normativas do Sistema Único de Saúde. Neste documento ficou estabelecido: uma Macrorregião de Saúde com o Centro Macrorregional Manaus; 10 Regiões de saúde; 19 Microrregiões; 19 municípios polos e; 62 Módulos Assistenciais, ainda, foram dados os passos iniciais para oferta de serviços nas regiões de saúde pertinente à assistência regional.

Na sequência do processo de regionalização da atenção à saúde, em 2004 a Comissão Intergestores Bipartite do estado do Amazonas pactuou o Projeto Básico,

que se destinava à prestação de atendimento itinerante (mensal) de cirurgia geral, com procedimentos de média complexidade aos municípios do interior, a serem efetivados nos municípios polos. Para sua realização, seriam destinados recursos para pagamento das equipes por Reserva CIB; transporte das equipes (aeronave do governo do estado); instalações, hospedagens e alimentação das equipes (por parte dos municípios polos); transporte, hospedagem e alimentação dos usuários (pelos municípios de origem); medicamentos e químico-cirúrgicos disponibilizados pela central de medicamentos.

O ano de 2006 apresenta dois marcos importantes de pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – CIB/AM (Resoluções Nº 036 14/09/2006 e Nº. 055 13/11/2006), em direção a organização da regionalização assistência de saúde. O primeiro dispõe sobre projeto de procedimentos cirúrgicos de média complexidade para o estado e com previsão de recursos financeiros para cirurgias eletivas para os municípios, visando atender 4 regiões de saúde: Centro Regional; Alto Solimões, Purús e Juruá.

A segunda pactuação refere-se à ampliação do processo iniciado, com o Projeto de Complexo Regulador para o estado do Amazonas, estabelecendo a regulação de leitos hospitalares, ambulatorial e das urgências, responsável pela ordenação dos fluxos e dos acessos assistenciais, procurando encaminhar corretamente o cidadão desde o ponto de entrada no sistema de saúde, capaz de prestar o cuidado efetivo segundo a necessidade do paciente e no menor tempo possível que a situação exige, através do SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (PT CONSOLIDAÇÃO nº 3/2017, Art. 7º). Este projeto foi complementado no ano seguinte, em 2007, pela proposta de distribuição de recursos de investimentos para o Complexo Regulador do estado do Amazonas. O projeto abrangeu cinco macrorregiões, compreendendo as macrorregionais Manaus, Tabatinga Itacoatiara, Manacapuru e Tefé, com implantação entre junho de 2007 até junho de 2008.

A pactuação para configurar as regiões de saúde e as relações entre as redes de atenção têm demonstrado melhoria do acesso às ações e serviços de saúde, principalmente para os municípios de pequeno porte, com pouca estrutura para oferta de serviços de saúde¹³. As regiões passam a contar com os polos regionais, formados pelos municípios de maior porte, mas, apesar da melhor capacidade instalada, não dispõem de um aporte para negociação, articulação e pactuação entre gestores municipais, com coordenação e regulação estadual, para estabelecer as referências intermunicipais através de uma programação pactuada e integrada²¹.

Quadro 6 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2007 a 2011

(continua)

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO ORIENTADO PELO PACTO PELA SAÚDE E PELO DECRETO FEDERAL 7.508/11		
NORMATIVA	DESCRIÇÃO	DESDOBRAMENTO
RESOLUÇÃO CIB Nº 072 DE 28/07/2008 Portaria nº 372 de 16/02/2007 (*) Termo de Compromisso de Gestão Estadual, referente ao Pacto pela Saúde.	Inicia o processo de adesão do estado ao Pacto pela Saúde, com outras resoluções que regulamentaram as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão do SUS (*)	Definição das responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores, na solução dos problemas de saúde da população
RESOLUÇÃO CIB Nº 076 DE 28/07/2008; Dispõe sobre o Grupo Bipartite de Estudo para propor o desenho da regionalização.	Aprovação da alteração do nome de Grupo Técnico Bipartite para Grupo Técnico de Regionalização.	Agregar todos os colaboradores necessários ao desenvolvimento das atividades pertinentes ao trabalho
RESOLUÇÃO CIB Nº 080 DE 25 DE AGOSTO DE 2008. Instrutivo para Termo de Compromisso de Gestão dos municípios	Instrutivo para construção do Termo de Compromisso de Gestão dos municípios do Estado do Amazonas	Orientar os gestores municipais no processo de Adesão ao Pacto pela Saúde.
RESOLUÇÃO CIB Nº 066/2009 de 26/10/2009. Proposta de alteração do PDR e novo Desenho Regional para Saúde do Estado do Amazonas	Novo desenho contempla 1 macrorregião e 7 regiões de saúde	Transformar a Macrorregional Manaus em duas regionais. Rever municípios que são polos e suas atribuições; Define municípios que comporão regiões de saúde interestadual com Acre e Rondônia.

Quadro 6 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2007 a 2011

(conclusão)

<p>RESOLUÇÃO CIB Nº 061/2009 DE 26 DE OUTUBRO DE 2009. Dispõe sobre Consórcio de Saúde entre entes Públicos do Alto Solimões</p>	<p>Dispõe sobre o Protocolo de Intenções do Consórcio de Saúde entre entes Públicos do Alto Solimões.</p>	<p>o Protocolo tem por finalidade a gestão associada de serviços de saúde, prestação de serviços de saúde, bem como a possibilidade de fornecimento de bens à Administração direta ou indireta dos entes consorciados.</p>
<p>RESOLUÇÃO CIB Nº 114/2010. Dispõe sobre o Novo Desenho Regional de Saúde do Estado do Amazonas</p>	<p>Substituição da Resolução CIB/AM nº 066 de 26 de outubro de 2009, para atualização do redesenho das regiões de saúde.</p>	<p>Definiu uma macrorregião, 07 regiões de saúde e 16 microrregiões, estabelecendo que nas 07 regiões de saúde, o município de referência seria a sede do Colegiado Gestor Regional.</p>
<p>RESOLUÇÃO CIB Nº 059/2011. Nova alteração do desenho das Regiões de Saúde foi novamente</p>	<p>Revisão e alteração das Regiões de saúde do Alto Solimões, Juruá, Purús, Madeira, Rio Negro e Solimões e Manaus e Entorno. Instituição de 01 Macrorregião de Saúde (Manaus), 09 Regiões de Saúde e 19 microrregiões.</p>	<p>Adequação do desenho regional para atender pactuação do Projeto de Desenvolvimento Regional do Estado do Amazonas (PRODERAM) no Alto Solimões e reorganização intermunicipal. reconduzir os municípios que estavam compondo regiões interestaduais, para a integração dos mesmos em regiões intra estaduais, tendo ficado sem alterações as regiões do Médio e Baixo Amazonas.</p>
<p>Criação de nove Comissões Intergestoras Regionais (CIR), conforme a RESOLUÇÃO CIB Nº 138/2011, respectivas regiões de saúde (Regimento interno CIR BAM). Normas decorrentes do Decreto Federal 7.508/11</p>	<p>As comissões foram implantadas posteriormente no ano de 2012, com a finalidade de se constituir em um espaço de planejamento regional, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais no âmbito de suas.</p>	<p>As CIR, desde 2019 funcionam com interrupções e nos anos de 2020 e 2021, não funcionaram, retornaram a partir do mês de fevereiro de 2022.</p>

Fonte: A autora.

5.2.1 Implementação do processo de regionalização orientado pelo Pacto pela Saúde e pelo Decreto Federal 7.508/11

A evolução do processo de regionalização da atenção à saúde no estado ganha impulso com a adesão do estado do Amazonas ao Pacto pela Saúde, formalizado pelo Termo de Compromisso de Gestão Estadual entre os anos de 2007 e 2008. As regulamentações decorrentes da adesão definiram as responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores, na solução dos problemas de saúde da população, instituindo o Grupo Técnico de Regionalização para articular os apoios necessários, principalmente para orientar os gestores municipais por meio do instrutivo para construção do Termo de Compromisso de Gestão dos municípios do estado do Amazonas. Assim, neste período regulamentam-se as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão do SUS.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) foram instituídos na RESOLUÇÃO CIB Nº 114/2010, com definição dos municípios que seriam sede dos CGR. Porém, não há registro de funcionamento dos mesmos, tendo somente quatro municípios, Manaus, Borba, Parintins e Nova Olinda do Norte, formalizado a adesão ao Pacto pela Saúde, com alcance de menos de 10% dos municípios no estado.

Previsto inicialmente para contemplar quatro macrorregiões de saúde, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é alterado em 2009, com proposições de Desenho Regional em 2009 e novamente em 2010 e em 2011 (Resoluções CIB/AM Nº 066/2009, Nº 114/2010 e Nº 059/2011), definindo neste último ano uma macrorregião, 07 regiões de saúde e 16 microrregiões, estabelecendo que nas 07 regiões de saúde o município de referência atuaria como sede do Colegiado Gestor Regional (CGR). Embora os colegiados regionais tenham sido instituídos, não há registro de funcionamento dos mesmos, tendo somente três municípios de referência (Manaus, Borba e Parintins), formalizado a adesão ao Pacto pela Saúde.

Esta baixa institucionalidade provoca a dificuldade de realizar o propósito da gestão associada de serviços de saúde, prestação de serviços de saúde, bem como a possibilidade de fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados. Vale ressaltar que a mudança no Desenho Regional também estabelecia que os municípios de região interestadual ficariam vinculados a Regional Amazonas até que fosse discutido e pactuado com os estados do Acre e Rondônia a criação de regionais específicas para esses municípios, além da Programação

Pactuada e Integrada (Resolução CIB/AM 066/2009 de 26/10/2009).

Embora, tenham ocorrido vários movimentos de organização de desenho das regiões de saúde, não há registros de pactuações entre as regiões de saúde. O redesenho regional no contexto do Projeto de Desenvolvimento Regional do Estado do Amazonas (PRODERAM) atendeu especialmente a região do Alto Solimões, visando reconduzir os municípios das regiões interestaduais para a integração em regiões intraestaduais, tendo ficado sem alterações as regiões do Médio e Baixo Amazonas. Essa condição de baixa institucionalidade entre os agentes institucionais e políticos responsáveis pela articulação e pactuação, foi também identificada por Garnelo et al¹⁷ em estudo sobre a regionalização em saúde no Amazonas. Identifica o predomínio da “assimetria, a verticalidade, a competitividade e a fragilidade das relações multilaterais entre municípios” e uma atuação cartorial das instituições, fragilizando o foco na interação poliárquica e cooperativa entre sujeitos institucionais, cujos escopos de atuação devem ser complementares entre si¹⁷. Também Tofani et al³³ apontam a fragilidade nas conexões entre os serviços, com baixa articulação das redes de atenção, o que amplia ainda mais as iniquidades em saúde.

A relevância política e organizativa do Decreto Federal 7.508/11, que regulamenta a Lei 8080/1990 e institui o Sistema Único de Saúde em Regiões de Saúde, trouxe como era de se esperar consequências para o processo de regionalização da atenção à saúde no estado. A partir desta regulamentação, estabelecem-se as atribuições dos entes federativos, cabendo aos estados organizar e formalizar as regiões de saúde em articulação com os seus municípios.

Para tanto, constituem-se em espaço privilegiado de gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de qualidade a rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância a saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, a reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos.

É importante destacar os elementos constitutivos da regionalização definidos no Decreto 7.508/11: Região de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa da Saúde; Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP); Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica; Serviços

Especiais de Acesso Aberto. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente às ações e os serviços de saúde⁵⁰.

Assim, foram instituídas 436 regiões de saúde no Brasil. O Estado do Amazonas, em decorrência deste Decreto e ainda no ano de 2011, amplia de sete para nove Comissões Intergestoras Regionais (CIR) (RESOLUÇÃO CIB Nº 138/2011), implantadas posteriormente no ano de 2012, com a finalidade de se constituir em um espaço de planejamento regional, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais no âmbito de suas respectivas regiões de saúde, conforme o disposto no artigo 30 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:

As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB⁵⁰.

O Mapa da Saúde é um dos dispositivos trazidos pelo Decreto 7.508/11, na regionalização como norteador para a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde ofertados na rede SUS e também na rede privada. Essa ferramenta deve direcionar informações relevantes sobre os investimentos e estabelecimentos de questões estratégicas para o planejamento, de forma a facilitar a tomada de decisão quanto à implementação e à adequação das ações e dos serviços de saúde.

Como apontam Mendes e Damasceno^{30,31} o planejamento da oferta de recursos e serviços precisa considerar as necessidades dos usuários ao programar e implementar a capacidade de respostas, dentro do contexto sócio sanitário, incluindo a trajetória dos usuários em contato com diferentes pontos do sistema de saúde. Contudo, não há registros de pactuação do Mapa da Saúde na CIB AM, para nenhuma das nove regiões de saúde existentes no Amazonas.

Vale ressaltar que não há registro na conformação das nove regiões de saúde da descrição dos serviços de portas de entrada e dos serviços especiais de acesso aberto nas regiões, bem como de Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. Ou seja, a

definição das regiões de saúde teve a definição de abrangência geográfica, considerando os pressupostos do Decreto 7.508/11, contudo, não apresentou a rede de serviços existentes no âmbito das regiões que as legitimassem como preconiza o referido decreto.

Em relação a adesão do estado ao COAP, que firma e regulamenta a colaboração para organizar e integrar as ações e serviços de saúde entre os entes federativos em uma Região de Saúde, consta em ata de reunião ordinária da CIB de 29/10/2012, o informe do representante da Secretaria de Interior da SUSAM, sobre a discussão para sua elaboração em futuro encontro de Secretários Municipais e Diretores de Unidades Hospitalares do interior. Na mesma reunião, discutiu-se a pactuação de recursos da Vigilância em Saúde, sendo aventado que na pactuação do COAP as questões de co-financiamento deveriam ficar detalhadas. No entanto, não houve apresentação de propostas e por conseguinte não houve pactuação do COAP no Estado do Amazonas.

A CIR se traduz em uma instância de cogestão no espaço regional visando constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para a instituição da rede regionalizada. As pactuações devem ocorrer por via consensual e em sua composição estará a totalidade dos secretários municipais de saúde da região e representantes da Secretaria de Saúde estadual a que pertence a respectiva região. Porém, desde 2019 as CIR têm funcionado com interrupções e, principalmente, nos anos de 2020 e 2021, sendo retomada as atividades a partir do mês de fevereiro de 2022.

Quadro 7 – Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2011 a 2017

(continua)

DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO E REGULAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, VISANDO A MELHORIA DO ACESSO AO SISTEMA E AÇÕES DE SAÚDE		
NORMATIVA	DESCRIÇÃO	DESDOBRAMENTO
RESOLUÇÃO CIB Nº 039/2011. Implantação dos serviços de Regulação de Leitos obstétricos, UTI Materna e Neonatal em Manaus	Aprovação do Plano Operativo para a Regulação de leitos obstétricos, UTI Materna e Neonatal em Manaus.	Administração centralizada do fluxo de internações do SUS no município de Manaus, sendo posteriormente descentralizado para os municípios do interior do estado.

Quadro 7 – Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2011 a 2017

(continuação)

RESOLUÇÃO CIB Nº 093/2011. Dispõe sobre a Composição de Grupo Técnico de Condução para a Coordenação do Subprojeto QualiSUS Rede	Composição do Grupo Técnico Interinstitucional de Condução do QualiSUS Rede das Regionais Alto Solimões e Triângulo do Estado do Amazonas. Contudo, posteriormente foi definido que seria contemplada apenas a Região do Alto Solimões. (Ata 2228)	Seleção do Estado do Amazonas para participar do Projeto de Formação da Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde QualiSUS Rede.
RESOLUÇÃO CIB Nº 106/2011. Aprova a Matriz diagnóstica da Rede Materno Infantil do Estado do Amazonas	Matriz diagnóstica da Rede Materno Infantil do Estado do Amazonas para adesão ao Programa Rede Cegonha.	A fase de adesão a Rede Cegonha requer o diagnóstico da Rede Materno Infantil.
RESOLUÇÃO CIB Nº 108/2011. Criação do Grupo Condutor da Rede de Atenção as Urgências e Emergências	Aprovação da composição do Grupo Condutor RUE do Estado do Amazonas.	A Instituição do Grupo Condutor da RUE composta por representantes do MS, SES, SEMSA capital e COSEMS AM.
RESOLUÇÃO CIB Nº 128/2011. Criação do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial	Composição do Grupo Condutor da RAPS do Estado do Amazonas.	Instituição do GC para implementar, conduzir e acompanhar a Rede Estadual.
RESOLUÇÃO CIB Nº 138/2011. Propõe a reorganização da CIB/AM e proposta de minuta de Regimento Interno da CIR.	Reorganização da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AM e a Criação e o Funcionamento das Comissões Intergestores Regionais - CIR/AM.	Reorganização da CIB/AM em relação ao seu regimento interno, composição e infraestrutura; E a minuta do Regimento Interno da CIR para as nove regiões de saúde.
RESOLUÇÃO CIB Nº 122/2012. Dispõe sobre a composição do Grupo Condutor da Rede Estadual de Atenção ao Deficiente no Estado do Amazonas	Composição do Grupo Condutor para atender requisito da Política Nacional.	Instituição do GC para implementar, conduzir e acompanhar a Rede Estadual.
RESOLUÇÃO CIB Nº 100/2012. Estabelece o repasse financeiro do SAMU para o estado do Amazonas.	Dispõe sobre aumento do Repasse Financeiro para custeio do serviço aeromédico do SAMU (192) pelo Ministério da Saúde para o Estado do Amazonas.	Nota Técnica 001 Grupo Condutor da RUE do Estado do Amazonas que define a necessidade aumento de valores utilizados pelo Governo do Estado do Amazonas para custeio do serviço de remoção aérea de pacientes em situação crítica do interior do estado.
RESOLUÇÃO CIB Nº 122/2012. Criação do Grupo Condutor da Rede de Atenção das Pessoas com Deficiências.	Composição do Grupo Condutor da Rede Atenção a Pessoas com Deficiências do Estado do Amazonas.	Composição do Grupo Condutor que irá conduzir a Rede Estadual de Atenção as Pessoas com Deficiências.

Quadro 7 – Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2011 a 2017

(continuação)

RESOLUÇÃO CIB Nº 100. Dispõe sobre das Propostas de Projetos de Salas de Estabilização previstas na RUE.	Propostas de Projetos de Salas de Estabilização previstas na RUE, nos Planos Regionais de Atenção às Urgências das duas regiões de saúde do Estado do Amazonas	Apresentação das propostas dos projetos de implantação e habilitação das salas de estabilização nos municípios das regiões Metropolitana Ampliada e Alto Solimões.
RESOLUÇÃO CIB Nº 155/2012. Proposta de Ação de Implementação da Vigilância da Violência e Acidentes e promoção da Cultura de Paz no Trânsito no Estado do Amazonas.	Encaminhamentos da proposta de ação para implementação da prevenção de acidentes de trânsito no Estado.	Portaria GM N. 22/2012 de 08.12.12, que trata da Política Nacional de Promoção da Saúde.
RESOLUÇÃO AD REFERENDUM CIB Nº 094/2012- RESOLUÇÃO CIB Nº 157/2012. Plano de Ação de Atenção as Urgências e Emergências da Região Metropolitana Ampliada.	Reformulação da Política Nacional a Rede de Atenção as Urgências Emergências, nas Regiões de Saúde prioritárias.	Sala de Estabilização da RUE, SAMU e Central de Regulação, da Região Metropolitana Ampliada.
RESOLUÇÃO AD REFERERENDUM CIB Nº 095/2012. Plano de Ação de Atenção as Urgências e Emergências da Regional Alto Solimões	Reformulação da Política Nacional a Rede de Atenção as Urgências Emergências, nas Regiões de Saúde prioritárias.	Sala de Estabilização da RUE, SAMU e Central de Regulação, da Região do Alto Solimões.
RESOLUÇÃO CIB Nº 135/2013. Implantação e Implementação de Centrais de Regulação de Unidades Solicitantes do Estado do Amazonas,	Centrais de Regulação de consultas e exames e Centrais de Regulação de Internações hospitalares de que trata a Portaria GM N. 1.599/2008.	Necessidade de estruturar as centrais de regulação de acesso e contemplar unidades solicitantes destas centrais
RESOLUÇÃO CIB Nº 124/2013. Plano Regional do Componente Básico de Assistência Farmacêutica da Regional Alto Solimões,	Aprovação do Plano Regional de Assistência Farmacêutica do Alto Solimões.	Aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica via Consórcio no ano de 2014, com recursos do Bloco Federal, Estadual e Municipal.
RESOLUÇÃO 058/2013. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a central de Regulação de Urgência Manaus Metropolitanano.	Aprova a implantação de SAMU e Central de Regulação na Região Metropolitana Ampliada de Manaus que abrange mais vinte e cinco municípios.	Propostas com base na Portaria GM N. 10101/2012 e Política Nacional da Rede de Urgência e Emergência.

Quadro 7 – Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2011 a 2017

(conclusão)

RESOLUÇÃO CIB Nº 022/2014. Dispõe sobre a composição dos Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde do Estado do Amazonas.	Aprova a composição de Grupos Condutores da RAS conforme Portaria GM N. 4.279/2010.	Composição dos Grupos Condutores da RUE, Rede Cegonha, RAPS, Rede das Pessoas com Deficiência Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
RESOLUÇÃO CIB Nº 046/2014. Repactuação do Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Amazonas	Com base nas Portarias N. 1.849/2012 e Portarias N. 2.395/2011.	Ampliação de Leitos de Retaguarda Clínica, para suprir déficit de leitos.
RESOLUÇÃO CIB Nº 139/2014. Linha de cuidado ao trauma da Rede de Atenção a Urgência e Emergência (RUE) no âmbito do SUS e habilitação de Unidades de Saúde como Centro de Trauma do Amazonas.	Portaria N. 1.366/2013, que estabelece a organização de Centros de Trauma no âmbito da RUE.	Solicitação de aprovação da Linha de Cuidado do Trauma e habilitação dos respectivos Centros de Traumas, integrantes da RUE.
RESOLUÇÃO CIB Nº 022/2014. Plano de Adesão ao Aumento do Acesso aos procedimentos traumatológicos de Média e Alta Complexidade do Estado do Amazonas e relaciona os municípios que irão aderir a Portaria 880 MS de 16.05.2013.	Portaria N 880/2013, que define a estratégia de aumento do acesso aos procedimentos traumatológicos.	Aprova 08 hospitais de Manaus e em cinco e mais quatro hospitais em quatro municípios do Amazonas.
RESOLUÇÃO CIB Nº 069/2015. Habilitação de seis Unidades de Saúde como Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero-SRCs do Amazonas.	Portaria N. 189/2014, institui serviço de referência de Diagnóstico de câncer do colo uterino (SRDC) e Diagnóstico do câncer de mama (SDM).	Habilitar seis Unidades de Referência na capital.
RESOLUÇÃO CIB Nº 054/2015. Proposta de Alteração do Plano Regional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para a Regional do Alto Solimões,	Altera a pactuação de repasse dos valores do componente da Assistência Farmacêutica Federal e Estadual para o Consorcio ASAVIDA.	Define que os repasses dos valores do componente da Assistência Farmacêutica Federal e Estadual, seja repassado aos municípios do Alto Solimões.
RESOLUÇÃO CIB Nº 025/2017. Habilitação de seis Unidades de Saúde como Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero-SRCs dos municípios estratégicos do Amazonas.	Portaria GM N. 874/2013 e 189/2014.	Habilita serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero-SRCs em municípios estratégicos.

Fonte: A autora.

5.2.2 Diretrizes para implementação das Redes de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, visando melhoria do acesso ao sistema e ações de saúde

De acordo com os fundamentos do SUS, a Regionalização da Saúde requer a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS se constituem em “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁹.

Os serviços de urgência do SUS, vinculados à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), compõe um dos serviços de atendimento inicial à saúde do usuário, sendo uma das portas de entrada, conforme definição atribuída pelo Decreto 7.508/11. Considerando que dentre os objetivos das RAS identifica-se a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, contemplando atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada; e com eficiência econômica¹⁹, é notória a importância da organização da RUE. Para isso, requer planejamento e estruturação de modo que as necessidades de saúde da população estejam atendidas dentro dos princípios que regem o SUS, sendo necessário o processo de pactuação pelos entes nas comissões intergestores.

O acesso às urgências em âmbito regional exige estruturação e mecanismo de regulação, associado ao aprimoramento da assistência primária e a responsabilização dos gestores na organização dos fluxos com objetivo de viabilizar a garantia de acesso, conforme os princípios da SUS aos pacientes em situação de urgência e emergência. Tofani et al³³ apontam o destaque da ação de regulação médica do Samu na ampliação de acesso e qualidade na RUE, com o controle do fluxo e da qualidade de serviços, fato identificado no estado, principalmente no período de 2011 a 2013 tendo como motivador a realização da Copa do Mundo no Brasil, cuja capital Manaus foi uma das sedes do evento no país.

No estado do Amazonas, o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde iniciou com a instituição dos Grupos Condutores a partir do ano de 2011, com a criação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. O grupo tinha como objetivo a implementação da Rede Cegonha do estado do Amazonas, composto por membros da Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde e apoio institucional do Ministério da Saúde (Resolução CIB nº 094/11, 04/10/2011).

Posteriormente o grupo condutor foi ampliado incluindo representantes da Fundação de Vigilância em Saúde, Lacen, Coordenação da saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e FUNASA (Resolução CIB nº 104/2011 e errata nº 001/2012 de 05/01/2012). Na sequência foi aprovada a matriz diagnóstica da assistência materno infantil do estado do Amazonas para adesão ao Programa da Rede Cegonha, permitindo a operacionalização e organização da rede (Resolução CIB nº 106/2011, de 25/10/2011). E estabeleceu-se as áreas prioritárias para início da implantação da Rede Materno Infantil no estado, sendo elas: Regiões do Entorno de Manaus e Rio Negro, Rio Negro e Solimões, Médio Amazonas e Alto Solimões (Errata nº 002/2012 de 05/01/2012, referente à resolução nº 106/2011).

Com relação ao grupo condutor da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do estado do Amazonas, definiu-se que seria composto por apoiador do Ministério da Saúde, representantes da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e do COSEMS (Resolução nº 108/2011, de 25/10/2011). O Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Amazonas foi aprovado no mesmo mês (Resolução CIB nº 128/2011, 28/11/2011), contendo em seu quadro integrantes da Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e COSEMS/AM.

No ano de 2012, foi criado o Grupo Condutor da Rede de Atenção das Pessoas com Deficiências do Estado do Amazonas com membros da Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, COSEMS/AM e Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SEPED/AM). Definiu-se como atribuições a implementação, condução e acompanhamento da "Rede Estadual de Atenção ao Deficiente conforme a Política Nacional de Saúde"⁵¹.

Em 2013, foi aprovada a nomeação dos indicados a comporem os grupos condutores das Redes de Atenção à Saúde do estado do Amazonas, a partir da Resolução CIB nº 043/2013, de 29 de abril de 2013.

Observa-se que o estado do Amazonas realizou o processo de adesão, instituição dos grupos condutores e implantação das Redes Temáticas, embora não tenha sido de forma homogênea para as nove regiões. Destacamos nesse ponto que a Região de Saúde do Baixo Amazonas não foi contemplada em nenhuma das redes temáticas, conforme o quadro 8 abaixo:

Quadro 8 - Normativas para implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde nas regionais do estado do Amazonas

Rede Temática	Ano de implantação	Tipo de Plano	Regionais contempladas
Rede Cegonha	2011	Plano de Ação Regional.	Regional Metropolitana ampliada e Regional Alto Solimões.
Rede de Urgência e Emergência	2012	Plano de Ação Regional	Regional Metropolitana ampliada Regional Alto Solimões
Rede de Atenção Psicossocial	2018	Plano Estadual	Regional Metropolitana ampliada.
Rede de Apoio a Pessoas com Deficiências	2018	Plano Estadual	
*Rede de Doenças Crônicas	Esta Rede não teve a elaboração, de acordo com o PES –AM 2019-2022 possui como Linhas Prioritárias para o Cuidado: Pé Diabético; Câncer de Colo Uterino e Mama; Renal Crônico; Sobrepeso e Obesidade; Doenças raras.		

Fonte: A autora.

Entre os componentes que fazem parte da estrutura operacional da RAS estão os sistemas logísticos onde se insere o transporte e acesso regulado, que tem como estrutura o serviço de atendimento móvel para remoção de pacientes com Regulação. Assim, no ano de 2013 foi aprovado o Projeto de implantação do SAMU 192 da Região do Alto Solimões (RESOLUÇÃO CIB 012/2013) e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a central de Regulação de Urgência Manaus Metropolitana (RESOLUÇÃO 058/2013).

A pactuação para habilitar serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero-SRCs em municípios estratégicos (Portaria nº 189/2014), institui serviço de referência de Diagnóstico de câncer do colo uterino (SRDC) e Diagnóstico do câncer de mama (SDM). Contudo a pactuação não apresenta o processo de organização do serviço para o acesso como um serviço regional, com as responsabilidades dos entes quanto às necessidades de profissionais e insumos para o funcionamento do serviço, bem como o processo de referência e contrarreferência.

Importante destacar a pactuação de Assistência Farmacêutica do Componente Básico para a Região do Alto Solimões, pois, por tratar-se de repasse da contrapartida federal e estadual para o Consórcio ASAVIDA, o qual foi a primeira e única iniciativa de consórcio no âmbito do estado. Porém, conforme informações de pactuações em

CIB, a forma de repasse ao referido consorcio foi suspensa no ano de 2015, de acordo com a RESOLUÇÃO CIB 054/2015 de 27 de julho de 2015, a qual estabeleceu que o repasse federal e o repasse estadual do componente básico de assistência farmacêutica, fossem destinados diretamente aos fundos municipais de saúde dos respectivos municípios, evidenciando que não houve concretização da sua funcionalidade.

O financiamento no contexto da regionalização para a regulação, ocorre a partir de portarias de liberação de recursos financeiros pelo MS. E este tema emergiu igualmente como tema importante no estudo de Garnelo et al¹⁷, identificando a “ausência de discussões, nas atas da CIR, sobre a otimização do acesso e uso coletivo do orçamento, nos termos da política de regionalização, mesmo quando os municípios partilhavam necessidades e demandas comuns na busca por recursos.”

5.2.3 Elaboração e ordenação dos planos para implementação da regionalização e regulação das Redes de Atenção à Saúde

Na continuidade do processo de regionalização no estado, no ano de 2015 houve a pactuação para a implantação do Complexo Regulador do Baixo Amazonas, tendo como base a Portaria N 1.392/2015 de julho 2014, que dispõe de habilitação de estados e municípios, para receber recursos financeiros destinado a implantação de Centrais de Regulação.

A realização de cirurgias eletivas apresenta pactuações em CIB para as regiões de saúde, contudo trata-se apenas da distribuição de recurso federal entre os municípios no âmbito das regiões, sem contrapartida de recursos do ente estadual e nem entre os municípios, de forma a garantir acesso na região para a realização de cirurgias.

Um marco importante a se destacar, posteriormente no ano de 2018, foi a definição e pactuação das três Macrorregiões de Saúde com suas Diretrizes e Cronograma do Planejamento Regional Integrado (PRI), sendo estabelecidas: I- Macrorregião Central, composta pelas Regiões de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, Rio Negro e Rio Solimões, e Purus, com a concentração dos serviços mais complexos em Manaus ou em outro município de referência na macrorregião; II- Macrorregião Leste, composta pelas Regiões de Saúde: Rio Madeira, Médio Amazonas, e Baixo Amazonas. A concentração dos serviços mais complexos em

Parintins ou em outro município de referência na macrorregião; III-Macrorregião Oeste, composta pelas Regiões de Saúde: Juruá, Triângulo e Alto Solimões, com a concentração dos serviços mais complexos em Tefé ou em outro município de referência na macrorregião (deliberação na CIB-AM nº 118/2018, de 18/06/2018, à luz da resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 37/2018).

O cronograma apresentado para operacionalização do PRI previa o início das atividades programadas para o mês de abril de 2018 e a conclusão dos Planos Regionais e criação do Comitê Executivo de Governança das Redes em cada Macrorregião para monitoramento e avaliação do funcionamento da RAS, no segundo semestre do ano de 2019. Porém, a definição das macrorregiões não trouxe mudanças para os fluxos de atendimentos, uma vez que as três foram conformadas para atender critérios da Resolução CIT/37 (macrorregiões com contingente mínimo populacional de 500 mil habitantes e contiguidade territorial) e abrangeu as nove regiões que, desde o ano de 2011, não tiveram alteração em seus desenhos.

Importante destacar, também em 2018 (RESOLUÇÃO CIB Nº 007/2018), a Proposta de Distribuição dos Municípios do Interior do estado do Amazonas entre os Complexos Reguladores Regionais do Alto Solimões, Manaus e Baixo Amazonas, desfazendo assim os Complexos Reguladores do rio Juruá (Juruá) e rio Purús-Madeira (Borba), considerando que apenas 55% dos municípios estavam inseridos nos complexos reguladores.

Ano de 2019, instituiu-se o Grupo Estadual do Projeto de Planificação da Atenção à Saúde, o PlanificaSUS, parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), com adesão pela SES-AM, em parceria com o CONASS, Ministério da Saúde e Hospital Albert Einstein, tendo sido selecionada a Região de Saúde do Baixo Amazonas para participar. O projeto tem como objetivo geral implantar a metodologia de planejamento para a atenção à saúde proposta pelo CONASS para regiões de saúde das 27 Unidades Federativas, visando fortalecer o papel da Atenção Primária à Saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Como objetivos específicos o projeto pretende: apoiar o corpo técnico gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde no planejamento, organização e operacionalização de oficinas e; apoiar o corpo técnico gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada, na lógica das Redes de Atenção à Saúde. A Rede prioritária a ser

trabalhada é a Rede Materno Infantil com a proposta de instituir Ambulatório de Atenção Especializada Regional.

Vale ressaltar ainda no ano de 2019 a RESOLUÇÃO CIB Nº 077/2019, que dispõe sobre o Programa Vida no Trânsito para os Municípios do estado do Amazonas, contemplando 10 municípios: Coari, Humaitá, Itacoatiara, Maués, Manacapuru, Parintins, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Tabatinga e Tefé. Contudo, observamos que embora uma das Portarias do MS como fundamentação da referida pactuação ser referente a repasse financeiro, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação e implementação das ações do Projeto Vida no Trânsito, sendo a Vigilância em Saúde um dos Componentes da RUE, cuja as ações são relacionadas a prevenção de violências e acidentes de trânsito, não há registro da correlação do programa supracitado na Portaria ministerial e nem na pactuação do estado que faça correlação com a RUE.

Quadro 9 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2015 a 2020

(continua)

ELABORAÇÃO E ORDENAÇÃO DOS PLANOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO E REGULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE		
RESOLUÇÃO CIB Nº 082/2015. Repasse financeiro Fundo a Fundo para o município de Parintins, destinado a implantação do Complexo Regulador do Baixo Amazonas; repasse Financeiro Fundo a Fundo (componente básico assistência farmacêutica) para os municípios da Região do Alto Solimões.	Portaria N 1.392/2015 de julho 2014, dispões de habilitação de estados e municípios, para receber recursos financeiros destinado a implantação de Centrais de Regulação.	Implantação do Complexo Regulador do Baixo Amazonas no Hospital Regional Jofre Cohen.
RESOLUÇÃO CIB Nº 057/2016. Recursos Financeiros de Média e Alta Complexidade destinados as Regionais de Saúde do Amazonas para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos no Estado do Amazonas,	Definir que para habilitação aos recursos previstos, os gestores municipais do SUS deverão apresentar proposta de adesão.	Aprova valores financeiros do bloco MAC para as nove regionais de saúde, a fim de realização de procedimentos de cirurgias eletivas, mediante adesão dos municípios.

Quadro 9 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2015 a 2020

(continuação)

RESOLUÇÃO CIB Nº 007/2016. Alteração da Nomenclatura da Regional Entorno de Manaus e Alto Rio Negro do Estado do Amazonas, que passa a ser chamada “Manaus, Entorno e Alto Rio Negro”.	Necessidade de clareza na nomenclatura da Regional, para o Ministério da Saúde.	Altera a nomenclatura da Regional Entorno de Manaus e Alto Rio Negro, para “Manaus, Entorno e Alto Rio Negro”
RESOLUÇÃO CIB Nº 124/2018. Plano Estadual da rede de Atenção Psicossocial do Estado do Amazonas e Nota Técnica nº 01/2018 RAPS/RAS/ SEAASC.	Portaria GM/MS N. 1.631/2015.	Aprovação do Plano da RAPS e Nota Técnica N. 01/2018-RAPS/RAS/SEAASC.
RESOLUÇÃO CIB Nº 007/2018. Proposta de Distribuição dos Municípios do Interior do Estado do Amazonas entre os Complexos Reguladores Regionais.	Complexos Reguladores das Regiões do Alto Solimões, Manaus e baixo Amazonas.	Três Complexos Reguladores no Estado do Amazonas: Manaus- município sede: Manaus (25); Alto Solimões- município sede (21): Tabatinga; Baixo Amazonas- município sede: Parintins (16).
RESOLUÇÃO CIB Nº 081/2018. Indicação de Coordenadores das Comissões Intergestores Regionais do Estado do Amazonas- CIRs.	Coordenadores das CIR's, representantes da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.	Aprova a indicação de Coordenadores e Suplentes das nove CIR's do Estado do Amazonas.
RESOLUÇÃO Nº. 120/2018, de 28/05/2018. Plano Estadual da Rede Cuidado da Pessoa com Deficiência e Plano Operativo para Deficiência Intelectual para o Estado do Amazonas	Portaria GM/MS N. 793 de 24/04/2012.	Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência e o Plano Operativo para Deficiência Intelectual.
RESOLUÇÃO Nº. 118/2018, de 18/06/2018. A definição das 3 Macrorregiões de Saúde, Diretrizes e Cronograma do Planejamento Regional Integrado, Deliberação na CIB-AM.	Resolução CIT N. 1 de 29/09/2011; Resolução CIT N. 10 de 08/12/16; Resolução CIT N. 37 de 22/03/2018.	Macrorregião Central, composta pelas Regiões de Saúde: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, Rio Negro e Rio Solimões, e Purus; A Macrorregião Leste, composta pelas Regiões de Saúde: Rio Madeira, Médio Amazonas, e Baixo Amazonas; Macrorregião Oeste, composta pelas Regiões de Saúde: Juruá, Triângulo e Alto Solimões.

Quadro 9 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2015 a 2020

(conclusão)

RESOLUÇÃO CIB Nº 042/2019. Ano de 2019, Aprovação do Grupo Condutor Estadual do PLANIFICASUS.	Projeto do PROADISUS executado pelo Hospital Albert Einstein.	Projeto com capacidade de fortalecer os processos básicos da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada (AE) na Rede de Atenção à Saúde no Amazonas.
RESOLUÇÃO CIB Nº 076/2019. Ano de 2019, Indicação de Coordenadores das Comissões Intergestores Regionais do Estado do Amazonas- CIRs.	Indicação dos Coordenadores das CIR's, que são representantes da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.	Aprova a indicação de Coordenadores e Suplentes das nove CIR's do Estado do Amazonas.
RESOLUÇÃO CIB Nº 073/2019. Qualificação dos Profissionais de Saúde Mental do Estado do Amazonas.	“Projeto Encontro com a RAPS: Diálogos sobre Álcool e outras drogas.”	Projeto para Qualificação dos Profissionais de Saúde Mental do Estado do Amazonas.
RESOLUÇÃO CIB Nº 077/2019. Programa Vida no Trânsito para os Municípios do Estado do Amazonas.	Necessidade de estruturar vigilância e a prevenção nos municípios com maior ocorrência de eventos e densidade populacional.	Implantação do Programa Vida no Trânsito em 10 municípios no Amazonas: Coari, Humaitá, Itacoatiara, Maués, Manacapuru, Parintins, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Tabatinga e Tefé.
RESOLUÇÃO CIB Nº 058/2020. Plano Estadual de Rede de Cuidado à pessoa com deficiência no Estado do Amazonas.	Atualização do Plano Estadual da Rede de Cuidado à pessoa com deficiência.	Solicitação do Ministério da Saúde para a atualização do Plano Estadual.

Fonte: A autora.

5.2.4 Contingência da pandemia de COVID-19 e influência na implementação da RUE

Com a ocorrência da pandemia de COVID-19, o ano de 2020 é o que guarda os maiores desafios para o sistema de saúde do estado do Amazonas, evidenciando as limitações de acesso em tempo oportuno, nas situações de urgência e emergência. Neste ano foi elaborado e implementado o Plano Executivo de Contingência Estadual para o Recrudescimento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, no Amazonas (RESOLUÇÃO CIB Nº 056/2020), sendo reeditado em 2021 como Plano de

Contingência Estadual para Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 do Amazonas e Plano Executivo de Contingência Estadual para o Recrudescimento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus, COVID-19 Manaus (RESOLUÇÃO CIB Nº 117/2021; CIB Nº 268/2021, respectivamente).

Ainda em 2021 atualizam-se a composição do Grupo Condutor Estadual do Planejamento Regional Integrado (PRI) e do Grupo Estratégico Estadual e Grupos de Trabalho Macrorregionais do Planejamento Regional Integrado (PRI) do Estado do Amazonas, no sentido de definir as atribuições dos grupos de acordo com suas funções no Projeto de Fortalecimento, dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde.

No ano de 2022, retoma-se a planificação das ações de saúde referente a regionalização com a apresentação dos Produtos da Fase 2 do Projeto de Regionalização em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), contemplando o Diagnóstico Situacional do PRI e o Cronograma de Atividades. Os Projetos aderidos pela SES-AM e COSEMS/AM e em parceria com a SEMS/AM e HAOC estão sendo articulados no corrente ano para instrumentalizar e apoiar a elaboração dos Planos Regionais e Macrorregionais de Saúde em seis fases, de acordo com o cronograma proposto para o período de 2022 e 2023. Já o cronograma para elaboração do PRI foi iniciado em 2018 com previsão de conclusão no primeiro semestre de 2019, porém só foi retomado 4 anos depois, no ano de 2022. Atualmente, até o mês de outubro de 2022, o Planejamento Regional Integrado está em curso na fase de elaboração do diagnóstico das regiões de saúde, para a construção dos Planos das Macrorregiões, conforme descrito no quadro 10:

Quadro 10 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2020 a 2022

(continua)

CONTINGÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19 E INFLUÊNCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DA RUE		
RES.CIB 56/2020 AD REFERENDUM. Plano Executivo de Contingência Estadual para o Recrudescimento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19 do Amazonas.	Descreve a rede assistencial de urgência e emergência na capital e interior.	Apresenta os municípios de Referência com serviços de Urgência e Emergência.

Quadro 10 - Principais marcos legais da institucionalização da Regionalização e implementação das Redes de Atenção no Estado do Amazonas e regiões de saúde, no período de 2020 a 2022

(conclusão)

RESOLUÇÃO CIB Nº 053/2020. Proposta de atualização de composição dos Grupos Condutores das Redes Temáticas de Atenção à Saúde.	Atualiza a composição dos Grupos Condutores de Redes Temáticas.	Necessidade de atualização da composição dos Grupos Condutores.
RESOLUÇÃO CIB Nº 030/2020. Transferência de habilitação de porta de urgência e emergência do Hospital de Guarnição de Tabatinga/AM para Unidade de Pronto Atendimento-UPA 24h Tabatinga/AM.	Término do Termo de Convênio do Hospital de Guarnição de Tabatinga, integrante da RUE e indisponibilidade de renovação.	Relatório de visita técnica 017/2019- CGUR/DAHU/SAES/MS, favorável a habilitação da UPA de Tabatinga que passou para tipologia de Hospital Geral e assim passa a ser Porta de Entrada de Urgência e Emergência.
RESOLUÇÃO CIB Nº 306/2021. Atualização da composição do Grupo Condutor Estadual do Planejamento Regional Integrado (PRI) e composição do Grupo Estratégico Estadual e Grupos de Trabalho Macrorregionais do Planejamento Regional Integrado (PRI) do Estado do Amazonas.	Atualiza composição dos Grupos, com suas respectivas atribuições.	Constitui: Grupo de Condução Estadual-CGE/PRI/AM; Grupo Estratégico Estadual – GEE/PRI/AM; Grupo de Trabalho de Macrorregional-GTM/PRI/AM.
RESOLUÇÃO CIB Nº 302/2021. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas, 2020–2023.	Portaria GM/MS N. 3.194 de 28.11.2017, que trata do PROEPSUS.	Fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde.
RESOLUÇÃO CIB Nº 268/2021. Dispõe sobre o Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 do Amazonas.	Aprovação do Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento da Pandemia de COVID-19, com as devidas retificações de leitos.	Leitos de UTI na Capital e leitos de Suporte Ventilatório nos municípios do interior do estado.
RESOLUÇÃO CIB Nº 14/2021. Plano Executivo de Contingência Estadual para o Recrudescimento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, Covid-19 Manaus.	Aprovação do Plano Executivo de Contingência Estadual para o enfrentamento da Covid-19.	Estrutura de leitos de UTI adulto e pediátrico para atendimento exclusivo a SRAG/Covid-19.
Apresentação dos Produtos da Fase 2 - do Projeto de Regionalização, RESOLUÇÃO CIB Nº 81/2022.	Adesão pelo Estado do Amazonas e COSEMS em Parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz-HAOC e participação do Ministério da Saúde.	Apresentação dos produtos da fase II do Projeto de Regionalização (Diagnóstico Situacional do PRI e Cronograma de Atividades) alinhadas ao Projeto da Portaria GM/MS 1812/2020.

Fonte: A autora.

Contudo pouco se avançou no fortalecimento da estrutura de municípios Polos nas Regiões de Saúde no Amazonas, para facilitar acesso em tempo oportuno e resolutivo, considerando a estrutura limitada de equipamentos de suporte a vida e de apoio diagnóstico. Podemos citar o fato ocorrido durante a pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV2) diante da necessidade imperativa de disponibilidade de leitos de UTI, visto que este é um problema crônico enfrentado no estado do Amazonas, já que estes só estão disponíveis na capital, Manaus.

Ao olharmos para o tempo das normativas de Regionalização e das Redes de Atenção, desde o ano de 2002 com a NOAS, o Pacto pela Saúde, a Redes de Atenção à Saúde no ano de 2010, Decreto 7.508/11 e as resoluções CIT, até o ano de 2022, já se passaram 20 anos. Porém, o processo de organização da regionalização em saúde no Amazonas, tem se dado na definição de áreas geográficas que compõem as regiões de forma a atender as normativas, mas não tem avançado na organização e ofertas de serviços no âmbito das regiões, com pactuações de financiamento e fluxos que são necessários para que de fato ocorra acesso em tempo oportuno no atendimento às demandas de maior complexidade nos municípios que não dispõem de estrutura adequada para atender suas respectivas populações.

Reconhece-se que o Estado do Amazonas apoiou e iniciou o processo de regionalização como estratégia de organização do sistema de saúde em redes, visando ampliar e qualificar o acesso com oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência, e a qualidade da atenção prestada à população. Mas para tal, a regionalização requer uma base territorial, com autossuficiência dos recursos de saúde nos diversos níveis de atenção ⁽³³⁾. Esse esforço que se atenda aos usuários no ponto adequado do sistema, com o melhor custo e qualidade, equidade e humanização ⁽³⁶⁾, sem dúvida, um grande desafio ainda por enfrentar.

5.3 O CONTEXTO NACIONAL DA CONSTITUIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

A relevância de um sistema de Urgência e Emergência no Brasil foi reconhecida pelo Ministério da Saúde há duas décadas, através da Portaria nº 2048/2002, que dispôs sobre os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de Urgência e Emergência (UE), as normas e os critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços. Nesse contexto, é preconizado que cada estado organize

seu sistema de UE, sendo que a estruturação é fundamental para o alcance dos princípios do SUS. Contudo, a efetividade da proposta pressupõe que o sistema de UE seja organizado em forma de rede com a incorporação de serviços de diferentes complexidades^{47,48}.

A construção das normas e protocolos da Rede de Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde iniciam, assim, a partir do ano de 2002, quando ainda era designada por Política Nacional de Urgência (PNAU). Embora o MS tenha instituído a PNAU em 2003 (Portaria GM nº1.863 de 29/09/2003), desde 1998 várias normativas foram publicadas para organização das ações e serviços de UE (Quadro VII) tendo como objetivo obter respostas para o quadro de morbidades referente às urgências no Brasil, com uma organização da atenção integral às Urgências nas três esferas de gestão do SUS. Previa também componentes com o objetivo de diminuir as filas dos grandes hospitais e enfatizava a compreensão de que a atenção às urgências não está restrita ao hospital⁵³.

A PNAU instituiu os elementos da atenção às urgências entre eles: a integração dos níveis assistenciais; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU); e a regionalização. Orientava, ainda, a sua estruturação a partir das necessidades sociais em saúde, ampliando a responsabilidade nos diversos serviços de saúde, a fim de subsidiar o acesso e o diagnóstico em qualquer nível de atenção, tornando assim a atenção à urgência mais resolutiva⁵³.

No quadro abaixo apresentam-se as normativas nacionais relacionadas à implementação da PNAU do ano de 1998-2008, quando a primeira diretriz para organização do sistema de atenção de urgências e emergências é publicada, até o início da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, a partir da instituição das Redes de Atenção à Saúde.

Quadro 11 - Normativas relacionados à implementação Política Nacional de Urgência

(continua)

Normativas	Definição-Ementa
Portaria GM/MS/Nº 2923, de 09 de junho de 1998	Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências

Quadro 11 - Normativas relacionados à implementação Política Nacional de Urgência

(conclusão)

Portaria nº 479/GM, de 15 de abril de 1999.	Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.
Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001.	Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
Portaria nº 244/GM, de 5 de fevereiro de 2002	Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo saúde.
Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.
Portaria nº 2.072/GM, de 30 de outubro de 2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.
Portaria nº 2.971, de 08 de dezembro de 2008.	Institui o veículo motocicleta-motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.

Fonte: Base de dados das áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Considerando o modelo de redes para um acesso integral a saúde e a publicação da Portaria nº 4.279/10, de implantação das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e uma das redes temáticas prioritárias instituídas foi a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria nº 1.600, de 07/07/2011), dispondo de suas diretrizes, componentes e operacionalização. Descreve-se nesta portaria que a RUE tem como objetivo o direcionamento e ampliação das intervenções e respostas para as necessidades de saúde, devendo funcionar desde a promoção, prevenção, diagnóstico, monitoramento e recuperação. Para tanto, deve buscar a cooperação entre as instâncias de gestão para garantia dos recursos e investimentos

necessários, e entendendo que usuários em situações de urgência e emergência devem ser atendidos por todas as portas de entrada dos serviços, ampliando a integralidade do acesso.

Entre os anos de 2011 e 2013 houve intensa discussão nos setores responsáveis pela formulação da Rede de Urgência e Emergência no MS, quando foram elaboradas as diretrizes e normativas para a sua implementação. Ao longo da década a RUE foi sendo estabelecida por meio de portarias e normas técnicas publicadas pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, apresentado no quadro abaixo (Quadro 12).

Quadro 12 - Referências normativas da implementação da Rede de Urgência e Emergência pelo Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2018

(continua)

Normativas	Definição-Ementa
Portaria nº 4.279/10	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011	A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) é um componente humanitário do SUS, estruturante para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob gestão do Ministério da Saúde.
Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011	Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 2.338, de 03 de outubro de 2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012	Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

Quadro 12 - Referências normativas da implementação da Rede de Urgência e Emergência pelo Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2018

(continuação)

Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria MS/GM nº 1.533, de 16 de julho de 2012	altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 2.527/2011, citando os seguintes critérios como requisitos para que os municípios tenham serviço de atenção domiciliar (SAD)
Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria 1.366, de 08 de julho de 2013.	Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 800 de 17 de junho de 2015	Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.
Portaria nº 1.678 de 17 de junho de 2015	Institui os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

Quadro 12 - Referências normativas da implementação da Rede de Urgência e Emergência pelo Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2018

(conclusão)

Portaria de Consolidação nº 3 de 2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017	Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de upa 24h de pronto atendimento como componente da rede de atenção às urgências, no âmbito do sistema único de saúde.
Portaria nº 701 de 21 de março de 2018	Extingue a habilitação de novos Centros de Trauma.
Nota informativa nº 1/2019-CGUE/DAHU/SAS/MS	Diretrizes para elaboração do Plano de Ação Regional.
Nota informativa nº <u>39/2020-CGURG/DAHU/SAES/MS</u>	Diretrizes para monitoramento do componente hospitalar da rede de atenção às urgências.
Nota informativa nº 40/2020-CGURG/DAHU/SAES/MS	orientações quanto a operacionalização do monitoramento da rede de atenção às urgências a nível nacional.

Fonte: A autora

Assim, a organização da assistência às UE em rede se dá a partir da compreensão das necessidades e vulnerabilidades da população, na perspectiva de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de urgência e emergência, que se configuram em um importante componente da rede de assistência à saúde e tem alto impacto na saúde pública. A RUE comporta grande parte das demandas atuais de saúde em virtude do cenário epidemiológico brasileiro registrar altas taxas de morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito, e das doenças relacionadas ao aparelho circulatório, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), que necessitam do funcionamento oportuno, integrado e efetivo da rede⁵⁴.

O desenho da RUE busca ampliar e qualificar o acesso, com base nas necessidades de saúde da população, organizado de forma articulada e com integração de todos os equipamentos de saúde, com base nos princípios da atenção humanizada e integral aos usuários em situação de UE, de forma ágil e oportuna. Para isso, a RUE deve ser constituída pelos seguintes componentes e interfaces: promoção, proteção e vigilância; atenção básica/primária; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; e conjunto de serviços de urgência 24h: domiciliar, UPA e hospitalar.

E na perspectiva de fortalecer e incentivar novas unidades da RUE, o Ministério da Saúde publicou portarias que orientam sobre o custeio, investimento para construção e ampliação das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPAS), e dos demais de serviços da RUE. Estas portarias dispõem, assim, dos valores a serem repassados para implantação. Para UPA e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o repasse financeiro se dá pelo MS, o repasse dos incentivos financeiros de investimento é realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), e as despesas de custeio são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Na Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011, são estabelecidas as diretrizes para a implantação do componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE, em conformidade com a PNAU. A UPA 24h caracterizou-se como estabelecimento de complexidade intermediária entre as UBS e a Rede Hospitalar, compondo a rede organizada de atenção às urgências, sendo que as ações a serem desenvolvidas constarão no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências⁽³³⁾. Logo em seguida são aprovadas as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da RUE (portaria nº 2.026, de 24/08/2011, posteriormente revogada pela portaria nº 1.010, 21/05/2012), que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. A implementação dessas estratégias de atendimento e regulação tem por objetivo estimular a implantação do serviço móvel, considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento às urgências e emergência⁵⁵.

Outra estratégia importante para consolidação da RUE foi instituição da Atenção Domiciliar – AD no âmbito do SUS, no ano de 2013, através da Portaria nº 963, de 27 de maio/13, que foi revogada e substituída pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Este passa a ser um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde⁵⁶.

Importante destacar que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências

(RUE) – passa a ter a portaria Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que estabelece as normas sobre as redes de atenção do Sistema Único de Saúde. Define, também, em seu Capítulo II - do Financiamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

A partir das Diretrizes da RUE pactuadas pelo Ministério da Saúde, é preconizado que para a sua organização a nível local é necessário que se estabeleça o Plano de Ação Regional; as Fases de Operacionalização da RUE e o Grupo Condutor da RUE. Além disso, conforme apresentado no manual de organização da RUE, 2013, é necessário a qualificação dos serviços, das linhas de cuidado e a definição do fluxo de atendimento entre os componentes do serviço.

5.3.1 As Fases de Operacionalização da RUE

A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, de acordo com a Portaria MS/ GM nº 1.600/2012, dar-se-á pela execução de cinco fases. O Plano de Ação Regional (PAR) e o Plano de Ação Municipal (PAM) serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da RUE, assim como para o monitoramento e a avaliação, que deverão ser realizados pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.

Quadro 13 - Fases de Operacionalização da RUE

(continua)

FASES	DESCRIÇÃO
I-Adesão e Diagnóstico	Apresentação da RUE pelo MS; Realização de Diagnóstico e pactuação das Regiões iniciais na CIB; Instituição do Grupo Condutor Estadual da RUE, formado pela SES e COSEMS.
II- Desenho Regional da Rede	Análise da situação dos serviços de urgência e emergência, pela CIR com apoio da SES; Elaboração do PAR, com detalhamento técnico de cada componente da Rede; Aprovação do PAR na CIR ou CIB; Elaboração dos Planos de Ação Municipais integrantes da CIR, em consonância com o PAR, por meio do Grupo Condutor Municipal, que deverá ser instituído em cada município da região de saúde, com apoio institucional da SES.

Quadro 13 - Fases de Operacionalização da RUE

(conclusão)

III- Contratualização dos Pontos de Atenção	Formalização do instrumento legal entre o gestor local do SUS, estabelecendo o repasse de recursos financeiros, mediante as metas pactuadas, com os pontos sob a sua gestão em consonância com os Planos de Ação Regional e Planos de Ações Municipais.
IV- Qualificação dos Componentes	Cumprimento de critérios técnicos, que, salvo algumas exceções, decorrerá em acréscimo de recursos. Cada componente da RUE traz detalhados em seus normativos os critérios técnicos para qualificação dos diversos componentes.
V- Certificação	Será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com avaliação periódica. Para a certificação, os gestores deverão qualificar todos os componentes da RUE.

Fonte: Damasceno et al³².

No âmbito do Ministério da Saúde, a instância colegiada que tem a atribuição de planejar, apoiar, elaborar propostas e acompanhar o processo de implementação da RUE nos territórios é o Grupo Executivo/RUE. Este fórum possui representação do Departamento de Atenção Especializada/SAS, do Departamento de Atenção Básica/SAS, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/SAS, do Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde/SAS e da Secretaria de Vigilância em Saúde. Suas atividades são realizadas semanalmente e coordenadas pela coordenação -Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS.

Nos estados, os Grupos Condutores são os responsáveis pela negociação do PAR desde a sua elaboração até o encaminhamento para a pactuação final ao Ministério da Saúde e por este motivo deve ser permanente, sendo constituído por representantes nominais de vários setores, instituições e órgãos dos três entes federativos e homologados em CIB. É importante registrar que as normativas da RUE não mencionam a constituição de grupo condutor municipal.

O grupo condutor sendo a instância incumbida da tomada de decisão, monitoramento e avaliação, desenvolve as seguintes atribuições: mobilização dos dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoio à organização dos processos de trabalho voltados à implantação /implementação da rede; identificação e apoio à solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação da rede. Porém, segue como um dos

principais desafios dos Grupos Condutores da RUE, exercer o protagonismo no planejamento, monitoramento, avaliação e na tomada de decisão para a elaboração de Planos de Ação Regionais.

A elaboração, discussão e implementação das normativas que tratam da RUE demonstram desde as primeiras resoluções, clareza quanto aos serviços que compõe esta rede a partir de seus componentes, a forma de organização e operacionalização. As diretrizes apontam para o caminho indicado desde o Relatório Dawson, de 1920³⁷. Com a territorialização da atenção, a porta de entrada para o sistema de saúde, os fluxos entre níveis de atenção e a organização das práticas profissionais ^(32,33). Apontam, também, a importância das interfaces, integração e transversalidades entre os componentes, considerando as diferentes condições que são atendidas pela RUE. As diretrizes propostas estão em consonância com as diretrizes do SUS e convergem com a integração interfederativa.

O processo de implantação da RUE nos estados conta com a presença do Ministério da Saúde, que deve apresentar as normativas e o processo de adesão, sendo facultado aos estados a definição de regiões prioritárias. Nesse sentido, das suas nove regiões de saúde definidas e pactuadas nas comissões intergestoras no estado do Amazonas, apenas a Região do Alto Solimões e a Região Metropolitana Ampliada que abrange a região Manaus e entorno, Médio Amazonas e Rio Negro e Solimões foram contempladas, as demais não receberam os incentivos ou se articularam para implementar suas redes de atenção. Em sua elaboração, de responsabilidade do Grupo Conductor da RUE, o documento deve estar pautado na análise da capacidade instalada; situação dos serviços de atendimento às urgências e emergências; diagnóstico demográfico e epidemiológico da região de saúde por meio da análise de dados primários, além do dimensionamento da demanda e da oferta dos serviços de urgência e emergência existentes; análise da situação da vigilância epidemiológica, da regulação, da avaliação, do controle, do apoio diagnóstico e do transporte para as urgências também deve subsidiar o PAR.

Além disso, o Plano de Ação Regional deve conter: desenho da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; detalhamento técnico de cada componente; as metas a serem cumpridas; cronograma de implantação (além dos mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação); o estabelecimento de responsabilidades; aporte de recursos pela União, pelo estado, bem como a previsão de auditoria da execução das ações e dos recursos, quando necessário.

5.4 A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS

A discussão sobre a organização da Urgência e Emergência no estado do Amazonas iniciou em 2004 quando a SUSAM encaminhou um processo sobre a elaboração de um Plano para trabalhar o SAMU Manaus. A proposta foi encaminhada a CIB/AM e constituída Comissão Interinstitucional com técnicos da SUSAM, SEMSA, Manaus e representantes da CIB/AM, conforme consta na Resolução nº. 037, de 25 de julho 2005, que apresenta o projeto técnico do serviço de Atendimento Móvel e de Urgência – SAMU192/ SEMSA-MANAUS. Neste mesmo ano, o estado emvidou esforços para elaboração de Planos Regionais para as Regiões do Médio e Baixo Amazonas, devido ao alto custo do projeto em decorrência da logística da região e suas especificidades, o estado assumiu a maior parte do financiamento.

Apesar de aprovados na CIB/AM, houve várias negociações na época com os gestores municipais, mas não se chegou a um consenso sobre como seria o financiamento e repasse de recursos para viabilizar o projeto. Ainda em 2005, o município de Manaus implantou o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 – e a Central de Regulação de Urgências, que desenvolve suas atividades parcialmente na regulação de atendimento pré-hospitalar, exceto a regulação de leitos, em regime bipartite aprovado na CIB/AM. A necessidade de organização da Rede de Atenção às Urgências em Manaus se deu com a definição da cidade como uma das sedes para a Copa do Mundo no Brasil, em 2014, e pela evidência de alta morbimortalidade relacionada à violência e acidentes de trânsito, assim como altas taxas de doenças do aparelho circulatório, identificados a partir dos dados da SVS/MS.

No ano de 2012, foi consensuado em CIB o Plano Regional da Rede de Urgência Emergência para a Região Metropolitana Ampliada (Resolução CIB 094/2012) e para a Região do Alto Solimões (Resolução CIB 095/2012). Assim, o Plano de Ação de Urgência e Emergência do estado do Amazonas, contempla somente a Regional do Alto Solimões e a Rede Metropolitana Ampliada que é composta por: Regional Rio Negro e Solimões, Regional Entorno de Manaus e Rio Negro e Regional Médio Amazonas.

Os dois Planos de Ação Regional contemplam três linhas prioritárias: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e Trauma. De acordo com informações que constam em atas de Reuniões da CIB no ano de 2012, um dos motivos que

influenciou na limitação de ampliação da RUE era o fato do SAMU estar centralizado em Manaus, assim fazia-se necessário redesenhar a configuração do SAMU no estado, a fim de expandir a abrangência e cobertura da RUE para outras regiões. Dessa forma a Central de Regulação do SAMU Manaus, abrangeu as regionais da Rede Metropolitana Ampliada, exceto a Regional Rio Negro e Solimões, porém, os municípios das regionais contempladas, só receberam a modalidade terrestre com ambulância, não incluiu a modalidade fluvial que é feito por ambulância. A Regional do Alto Solimões, também teve a implantação de Central de Regulação com SAMU fluvial e terrestre.

Assim, apenas as regiões prioritárias da RUE foram contempladas com o SAMU, pois, não houve após o ano de 2013 ampliação do serviço para as demais regiões. De acordo com o PES-AM - 2020-2023, “Dos 61 municípios apenas 12 municípios contam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 implantado, apesar de ter sido aprovado para 34 municípios nos Planos de Ação da Rede de Urgência do Alto Solimões e Região Metropolitana Ampliada.

No ano de 2020, há registro de Resolução da CIB, com aprovação de implantação do SAMU e Central de Regulação de Urgência para Parintins, que foi solicitada pelo município. No entanto, segundo informações no RAG 2020 e 2021 de Parintins, consta que pelo fato de não ter Plano de Ação Regional de Urgência para a Região do Baixo Amazonas, o pedido de habilitação junto ao Ministério da Saúde não prosperou.

No entanto, a organização da RUE no estado, após o processo de adesão no ano de 2012 que contemplou apenas 05 regiões de saúde como prioritárias, e passados 10 anos, há 04 regiões que continuam sem Plano de Ação Regional. Na análise documental referente às atas de reuniões da CIB no período de 2011, início da organização da RUE, até o mês de outubro de 2022, não constam discussões acerca da ampliação da adesão da RUE para as demais regiões.

É importante destacar que o estado realiza a regulação das urgências dos municípios que precisam de remoção para a capital, incluindo todas as regiões de saúde e não somente as prioritárias da RUE. Uma vez que há predominância dos serviços de média e alta complexidade em Manaus, e na medida que não há organização da RUE nas regiões de saúde, a consequência é sobrecarregar a rede da capital. Com a organização da RUE em seus componentes, como pontos de atenção que tem funções específicas e complementares no âmbito dos municípios, as

demandas que poderiam ter agravos evitados e diminuiriam o volume de transferências para Manaus.

Reconhecendo as especificidades geográficas da realidade do Amazonas como fatores que influenciam na ampliação de serviços, torna-se ainda mais premente a necessidade de implantação de serviços que facilitem o acesso da população, principalmente em situações de urgência e emergência. Ainda, é preciso se considerar que os municípios têm grandes áreas rurais e a dispersão entre eles, cujo acesso só é possível por via fluvial, situação que inviabiliza a remoção com tempo de resposta adequado para casos graves.

5.4.1 A RUE na Região de Saúde do Baixo Amazonas

A partir do levantamento das pactuações de regionalização e Redes de Atenção à Saúde realizadas no estado do Amazonas, não foi identificado a Região de Saúde do Baixo Amazonas como Região que teve Plano de Ação Regional da RUE pactuado, ou seja, esta região não tem a implantação formal da RUE. Contudo, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Instrumentos de Planejamento do SUS – como o Plano Estadual de Saúde e Relatório de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão dos municípios de Parintins, Nhamundá, Barreirinha, Boa Vista do Ramos e Maués, há uma rede de serviços de urgência e emergência na região, com um fluxo de encaminhamentos para Parintins, que é o município de Referência e tem uma rede de serviços melhor estruturada.

A limitação na estrutura dos municípios na região de saúde Baixo Amazonas, conforme informações no CNES, para atender demandas de urgência e emergência que acontecem no cotidiano, resulta no encaminhamento dessas demandas para Parintins, através de lanchas rápidas que os municípios dispõem, contudo, essas lanchas que funcionam como ambulanchas não dispõem de equipamentos preconizados pelo SAMU. A solicitação de remoções é via SISTER, sistema de transferência criado pela SES, para a regulação de pacientes da capital e municípios. Porém, verifica-se que no âmbito das regiões os municípios devem encaminhar primeiro ao município de referência e se este não tiver resolutividade para a situação é que deve ser solicitada a transferência para hospital da capital. Contudo, não há pactuação formalizada, há a prática que em decorrência da necessidade se

estabelece na rotina. Em Parintins, segundo relatos no RAG/21, muitas vezes os pacientes são encaminhados para os hospitais sem ao menos ter sido realizado um contato prévio.

A Região de Saúde do Baixo Amazonas não foi definida como região prioritária para implantação da RUE, embora Parintins seja o segundo município mais populoso do estado e que tem um evento de massa que é o Festival Folclórico que atrai turistas de todo o Brasil e de vários países. Ademais, os cinco municípios da região do Baixo Amazonas só têm acesso para assistência de alta complexidade na capital Manaus por via fluvial ou aérea. Este fator corrobora para a necessidade de que o município de referência na Região tenha estrutura adequada para atender em tempo oportuno as demandas de urgência e emergência dos demais municípios que têm estrutura limitada, com baixa capacidade de resposta para atender demandas de urgência e emergência.

Assim, a regional de Saúde do baixo Amazonas não possui, até o mês de outubro de 2022, pactuação de Plano de Ação Regional para a RUE, bem como não consta pactuação de nenhum serviço ou fluxo referente a RUE, para esta região de saúde. De modo similar, Garnelo et al¹⁷ identificaram que nas atas da CIR para a região de saúde do entorno de Manaus, a mais avançada em organização, regulação e com maiores recursos no estado, “não trazem discussões, iniciativas ou planos de ação voltados para a atuação conjunta no território, sugerindo fraco entrelaçamento no processo de gestão na região Entorno de Manaus. Compreende-se a importância da elaboração do Plano de Ação Regional para a RUE no estado do Amazonas por se tratar de um o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da RUE, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. Neste plano é necessário que conste o diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e emergências em uma determinada região de saúde, bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar os problemas detectados.

Assim, na perspectiva de compreensão da complexidade para realização do atendimento da rede de Urgência e Emergência no Baixo Amazonas serão apresentados os dados populacionais e epidemiológicos da região.

5.4.2 Caracterização da RUE na região de saúde do Baixo Amazonas e município

A Região do Baixo Amazonas tem uma população estimada de 253.955 habitantes⁵⁷, compõe a macrorregião leste e abrange cinco municípios: Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá e Parintins. O rio afluente desta regional é o rio Amazonas. A região faz limite com os municípios que compõe a Região de Saúde do Médio Amazonas (São Sebastião do Uatumã e Urucará) Região do Madeira (Apuí) e faz limite geográfico, também, com o estado do Pará (Faro e Terra Santa) (Figura III). Vale ressaltar que a Região do baixo Amazonas tem limites inter-estadual.

Figura 3 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado do Amazonas



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas, 2023-2023⁴⁷.

O mapa da região do Baixo Amazonas é apresentado abaixo (figura 4) e no quadro 10 se apresentam as informações demográficas e de extensão territorial dos cinco municípios.

O município de Parintins é o maior da região em porte populacional, que representa 45% da população. Na sequência vem Maués, Nhamundá e Boa Vista do Ramos. A menor densidade demográfica está nos municípios de Nhamunda e Maués

que tem menos de 2 hab/km², a seguir os municípios de Barreirinha e Boa Vista do Ramos, sendo que a maior densidade demográfica está no município de Parintins com índice de 19,38 hab/Km².

Figura 4 - Região do Baixo Amazonas



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas, 2023-2023⁴⁷

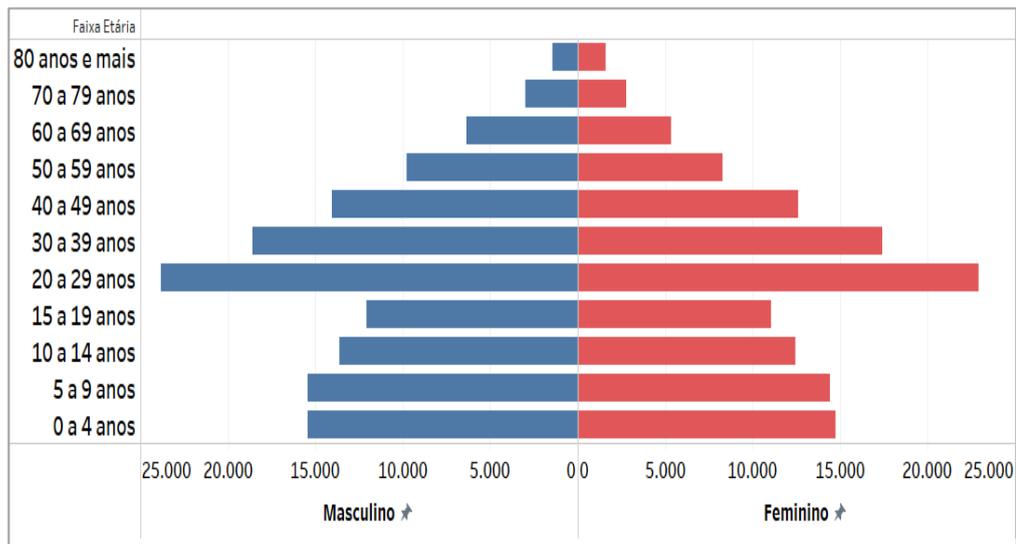
Quadro 14 – Composição da região de saúde do Baixo Amazonas

Município	Área (Km)	População (Hab)	Densidade
Barreirinha	5.570.534	32.483	5,65
Boa Vista do Ramos	2.586.829	19.626	7,59
Maués	39.988.394	65.040	1,63
Nhamundá	14.105.619	21.443	1,52
Parintins	5.952.333	115.363	19,38
Total	68.203.709	253.955	

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas, 2023-2023⁴⁷.

A Região tem população indígena que são acompanhadas pelo DSEI/Parintins que é formado pelos mesmos 5 municípios da região de saúde do Baixo Amazonas e composto por 14 polos bases (04 em Maués, 01 em Boa Vista do Ramos, 02 em Nhamundá, 05 em Barreirinha e 02 em Parintins). Sendo os municípios de Barreirinha e Maués os que possuem maior população indígena aldeada da região, formado pelas etnias Sateré – Mawé e Hixkaryana, com registro de 17.187 indígenas aldeados e 2.032 em área urbana. A Regional do Baixo Amazonas possui 133.648 (52%) habitantes do sexo masculino e 123.619 (48%) do feminino. A estrutura etária pode ser visualizada na imagem abaixo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Pirâmide etária da Regional Baixo Amazonas



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019⁴⁵.

Dentre os serviços disponíveis da Rede de Urgências e Emergências na região do Baixo Amazonas, concentra-se o maior número de UBS no município de Maués, com 19 (dezenove) unidades; tendo 16 (dezesesseis) unidades em Parintins, 12 (doze) em Barreirinha e Nhamundá e 4 (quatro) em Boa Vista do Ramos. Com relação à UPAS, a região só dispõe de um serviço na cidade de Parintins (Quadro 15).

Quadro 15 - Serviços da Rede de Urgência e Emergência dos municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas

Município	UBS	UBSF	UPA	Hospital	Sala de Estabilização	Resgate Fluvial	Resgate Terrestre
Maués	19	01		01			01
Boa Vista do Ramos	04			01			
Barreirinha	12	01		01			01
Parintins	16	01	01*	02	02*	11*	02*
Nhamundá	12	01		01			

Fonte: A autora.

Já para atendimento de média complexidade, a região conta com 2 (dois) hospitais em Parintins, um hospital em Maués, Boa Vista do Ramos, Barreirinha e Nhamundá (Quadro 15). Porém, de todas as unidades hospitalares na região, os hospitais de Parintins são os que possuem melhor estrutura, além do município contar com dois dispositivos de atendimento de sala de

estabilização (SE). A SE é um equipamento estratégico da RUE, visto que é o ambiente que visa garantir a assistência 24 horas à pacientes em estado crítico e/ou grave, tendo capacidade de articulação com outros serviços da RUE em caso de encaminhamento via central de regulação ⁽⁵⁴⁾. Com relação a capacidade instalada de leitos para internações, localiza-se em Parintins o maior número de leitos e de diversidade de especialidades da região, conforme demonstrado no quadro 16.

Quadro 16 - Capacidade instalada de leitos de internações dos municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas, de acordo com o CNES

Clínica	Barreirinha	Boa Vista do Ramos	Maués	Nhamundá	Parintins	Total
Cirurgia Geral	6	2	15	2	29	54
Ginecologia	0	2	0	0	3	5
Obstetrícia Cirúrgica	3	2	10	0	24	39
Obstetrícia Clínica	5	3	16	5	42	71
Pediatria Clínica	7	5	15	4	22	53
Unidade Intermediária Neonatal	0	0	0	0	12	12
UTI Adulto tipo II	0	0	0	0	10*	10
UTI Neonatal tipo III	0	0	0	0	5*	5
UCI Neonatal tipo II	0	0	0	0	14	14

Fonte: A autora.

5.5 A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE PARINTINS NO CONTEXTO DO ESTADO E DA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS

5.5.1 Caracterização do município de Parintins e sua rede de atenção à saúde

O município Parintins é o segundo mais populoso do estado do Amazonas, com 116.439 habitantes conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021⁴⁵, sendo o segundo município com maior população no estado do Amazonas e concentrando 45,5% da população da região de saúde do

Baixo Amazonas. Localiza-se no extremo leste do estado e distante 372 quilômetros em linha reta da capital Manaus. A área territorial total do município de Parintins é de 5.952,333 km² e seus municípios limítrofes são: Nhamundá, ao norte; Barreirinha, ao sul; Urucurituba, ao leste e os municípios de Terra Santa e Juruti, no estado do Pará.

Em face de sua localização geográfica e infraestrutura de serviços em diversas áreas social e econômica, Parintins é município de referência na Região, com destaque para a área da saúde. Atua como sede da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de saúde do Baixo Amazonas, implantada em 2013 com representatividade estadual, municipal e do DSEI do Baixo Amazonas e, ainda, é o município da região que aderiu ao Pacto pela Saúde.

A estrutura da rede de serviços de Parintins é superior à dos demais municípios da região de saúde do Baixo Amazonas, dispendo de diversos pontos de atenção e serviços de Urgência e Emergência, conforme informações do Plano Municipal de Saúde de Parintins (PMS 2022-2025) e o Relatório Anual de Gestão de Parintins (RAG 2021) (Quadro 17).

Quadro 17 - Serviços de saúde das zonas urbana e rural do município de Parintins, 2022

(continua)

Componentes da Rede de serviços	Zona urbana	Zona rural
Unidades Básicas de Saúde	10	05
Unidade Básica de Saúde Fluvial		01
Unidade de Pronto Atendimento, com os seguintes serviços disponíveis: - Clínica Médica adulto e pediatria - Atendimento de enfermagem; - Curativo; Drenagem; Sutura; Troca de Sonda - Leito de observação; - Teste de glicemia capilar; Teste rápido para Covid-19; Obs: os serviços de Apoio Diagnóstico têm como ponto de apoio o Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen, onde os pacientes realizam os exames de imagens (RX, USG e ECG)		01
Serviço Móvel de Urgência Terrestre	02	
Serviço Móvel de Urgência Fluvial		11

Quadro 17 - Serviços de saúde das zonas urbana e rural do município de Parintins,
2022

(conclusão)

<p>Hospital Regional: Hospital Geral Dr. Jofre de Matos Cohen (165 leitos), com os seguintes serviços disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maternidade; - Neonatologia (UTIN, UCIN, UCINCA); - Cirurgia geral (urologia, ortopedia e ambulatório de trauma); - UTI adulto; - Clínica médica (adulto e pediátrico); - Serviços de apoio e diagnóstico (laboratório de análises clínicas, eletrocardiograma, radiologia, ultrasonografia e outros exames de imagem) 	01	
--	----	--

Fonte: Relatório Anual de Gestão de Parintins 2022⁶⁰.

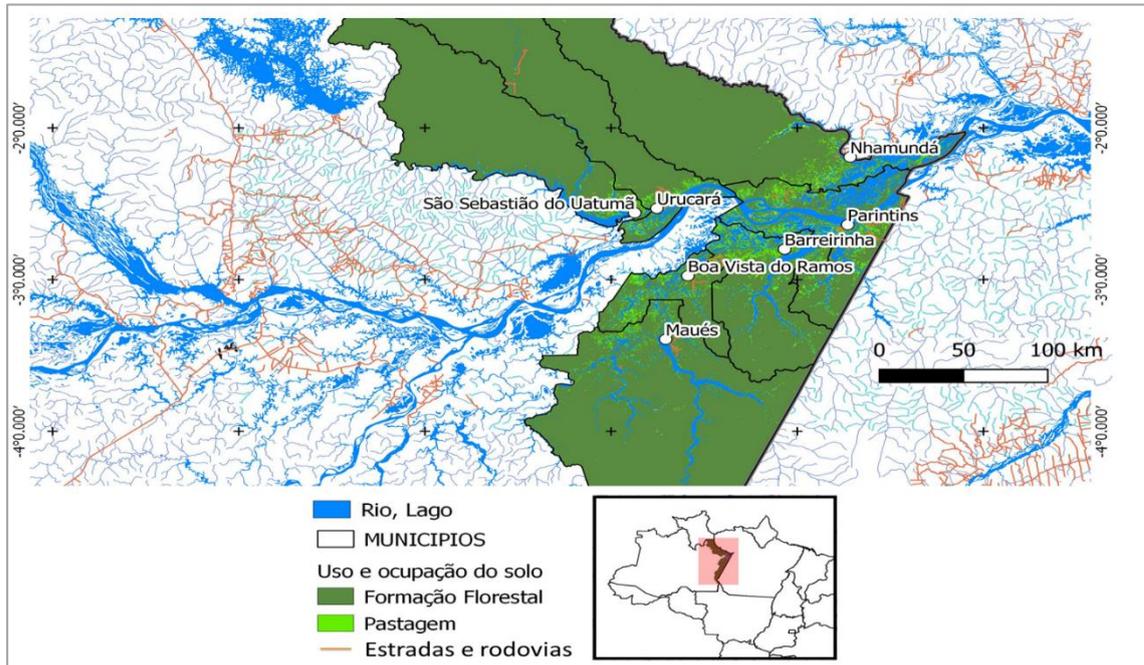
5.5.2 O acesso aos serviços de urgência e emergência no âmbito da Região de Saúde do Baixo Amazonas

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, em especial com a implantação e implementação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e organização de sua regulação e fluxos, deve estar na prioridade da agenda dos gestores de saúde, para cumprimento dos princípios do SUS, principalmente para a assistência às situações de urgência⁵⁸.

Na Região de Saúde do Baixo Amazonas esse desafio é ainda maior, uma vez que os municípios têm como predominância por sua localização geográfica a dispersão entre os eles, num território líquido, cuja principal via de circulação os rios (Figura 5).

Na região de saúde o acesso à rede e serviços se realiza pelo transporte fluvial e o transporte aéreo, ou seja, o itinerário entre os municípios e município de referência da região, inclusive para a capital se dá em embarcações ou por aeronave, percorrendo as distâncias indicadas abaixo (Quadro 18)

Figura 5 - Via de circulação entre os municípios da região do Baixo Amazonas



Fonte: Bartoli, 2020⁶⁶.

Logo, quando se trata de tempo, a resposta para que o paciente em situação de urgência e emergência seja removido da zona rural para a sede de seu município e ou no âmbito da região, o componente do SAMU é imprescindível com transporte terrestre, fluvial e aéreo. No entanto, ainda não temos esse essencial serviço implantado nesta região.

Quadro 18 - Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas e Distâncias Geográficas entre eles e a Capital, Manaus

Município	Distância para Parintins		Distância para Capital Manaus	
	em linha reta	via fluvial	em linha reta	via fluvial
Nhamundá	49.22km	589km	375km	57km
Parintins	-	-	367km	439km
Barreirinha			331km	420km
Boa Vista do Ramos	101km	118km	272km	396km
Maués	138km	177km	268km	356km

Fonte: A autora.

No Amazonas o deslocamento das populações ribeirinhas até as áreas urbanas é realizado por via fluvial, realizado em pequenas embarcações, em viagens

que podem durar de alguns minutos a dias de navegação, uma vez que as distancias variam em decorrência da subida e descida das águas⁵⁹.

Os cinco municípios da região possuem população ribeirinha, sendo que Barreirinha, Nhamundá, Maués e Parintins, possuem Unidade Básica de Saúde Fluvial, equipes ribeirinhas e Agentes Comunitários de Saúde Rural, conforme pesquisa no CNES.

Parintins tem na zona rural 21.472 pessoas cadastradas no e-SUS que integram seis Equipes de Saúde da Família e fazem parte de seis Unidades Básicas conforme descrito no quadro XVI sendo que uma é UBS Fluvial. As cinco UBS estão localizadas em comunidades estratégicas: Caburi, Mocambo, Vila Amazônia, Maranhão, Zé Açú e a UBS Fluvial que faz cobertura para a área do Rio Amazonas (área de baixo e de cima), Valéria e faz entradas para as comunidades do Uaicurapá e Mamurú que são braços de rio que ainda não tem UBS, contudo, segundo a PAS 22 serão construídas duas UBS para atender as comunidades de Uaicurapá e Mamaurú. Em relação ao acesso as UBS rurais, apenas a da comunidade Vila Amazônia tem área adscrita formada por comunidades cujo acesso é terrestre, porém, da vila para a cidade o acesso é fluvial. As demais UBS ficam em áreas com população ribeirinha, cujo acesso é fluvial⁶⁰.

Assim, o acesso da população ribeirinha aos serviços de saúde se dá a partir de serviços de saúde na comunidade, que ao identificar situação de urgência e emergência procede a remoção do paciente em ambulância e previamente já faz contato com a central de resgate para já ficar no aguardo do paciente com ambulância para levar até o Hospital ou a UPA. Contudo há situações em que as UBS ficam distantes e o que tem mais próximo são os Agentes Comunitários de Saúde, os quais são acionados pelos pacientes para solicitar o transporte a central de resgate que de acordo com a localização do paciente aciona a ambulância mais próxima e ou envia da base de Parintins a fim de chegar ao paciente no menor tempo possível e fazer a remoção até a cidade, onde já terá uma ambulância no aguardo para levar até o Hospital ou a UPA.

Figura 6 - Rede de serviços na zona rural de Parintins-UBS-UBSF-Ambulanchas



Fonte: A autora.

A população indígena de Parintins que reside em aldeias localizadas na área do Uaicurapá, com um total de 960 indígenas, cuja a responsabilidade é do DISEI Parintins, considerando a legislação que define um subsistema de saúde indígena para assistência de Atenção Básica, de forma que há disponibilidade equipe multiprofissional e em situações de urgência e emergência a própria equipe faz o transporte de remoção do indígena até Parintins, contudo, mantém contato prévio com a equipe do serviço de Resgate Municipal para aguardar com a ambulância no Porto e levar o paciente para a UPA ou a porta de emergência hospitalar.

Vale ressaltar a sazonalidade da subida e descida das águas que são aspectos singulares que tornam complexa a realidade do acesso das comunidades, pois a mudança do nível das águas, provocando a enchente e a seca, respectivamente, e assim há comunidades que ficam isoladas em tempos de seca e durante a cheia afetam as casas, fazendo com que as pessoas deixem suas casas até a descida das águas. Assim, o movimento das águas afeta diretamente a dinâmica de acesso dos ribeirinhos que em determinados períodos a cheia dos rios ajuda encurtar as distancias, contudo na época da seca, há locais que além de aumentar as distancias de percurso, só chegam embarcações de pequeno porte e há outro que não chega nenhum tipo de embarcação, dificultando ou impossibilitando a transferência dos pacientes por meio de transporte fluvial.

Há, portanto, a predominância do transporte fluvial de urgência emergência

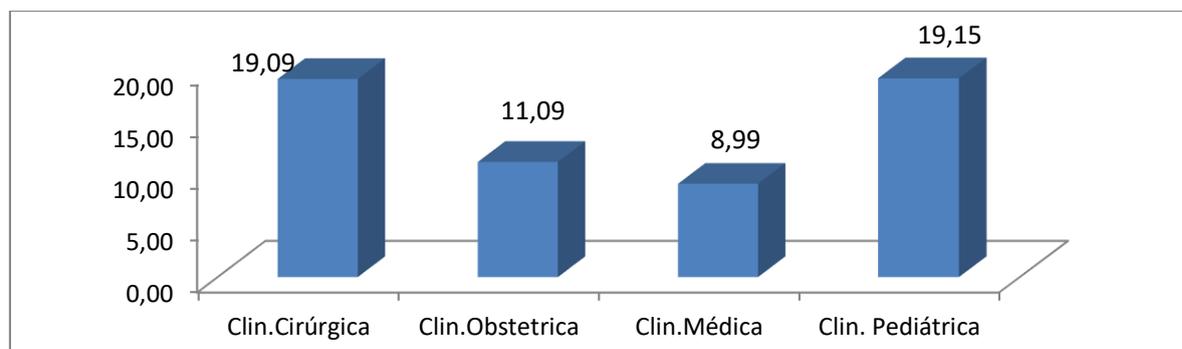
para fazer remoções em tempo oportuno, contudo, se faz necessário também a utilização de transporte sanitário aéreo, em face das distancias e barreiras de percurso que são fatores preponderantes na viabilidade de acesso em tempo oportuno a população da zona rural.

Dessa forma, é um grande desafio à realidade de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência em tempo oportuno, que, portanto, remete a necessidade de estudos mais profundos de forma a demonstrar detalhes para contribuir com propostas pela comunidade em geral e gestão que viabilizem serviços com capacidade de resposta as especificidades geográficas do território ribeirinho de Parintins.

5.5.3 Internações hospitalares em Parintins de usuários residentes em outros municípios

De acordo com informações do sistema de internações hospitalares do Datasus, no ano de 2021 Parintins teve um total de 7.148 internações realizadas em sua rede hospitalar, sendo que 748 internações foram para pacientes de outros municípios, o que representa 11,85%. Contudo, esse quantitativo pode ser superior, uma vez que muitos pacientes que chegam diretamente ao serviço informam algum endereço de Parintins, uma vez que é comum terem parentes ou amigos que residem nesta cidade. As informações de município de procedência e clínica de internação, conforme descrito no RAG/21⁶⁰.

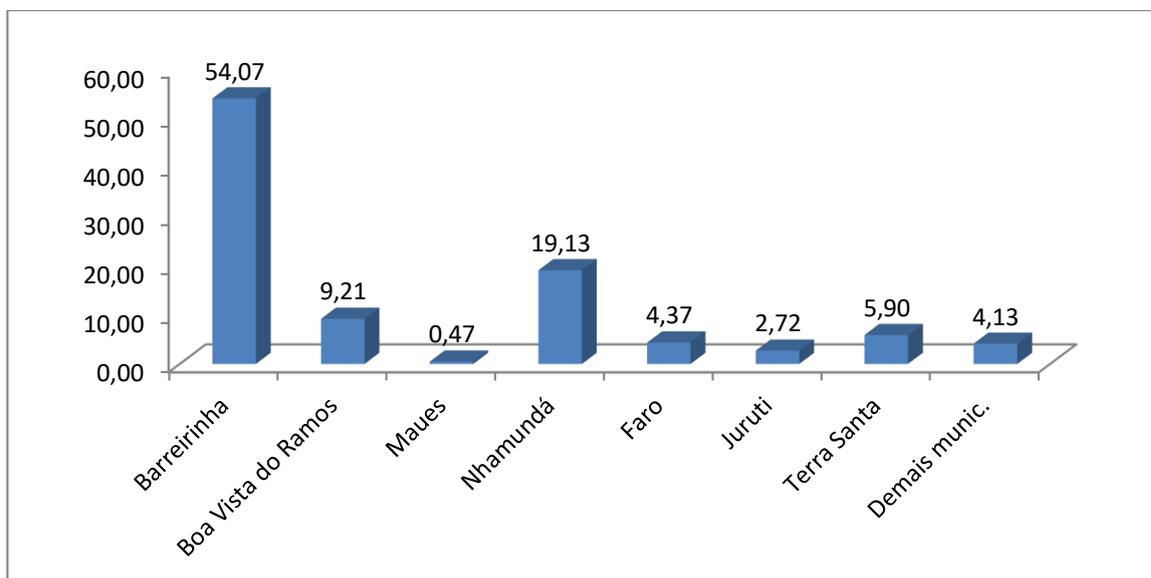
Gráfico 2 - Percentual de internações de pacientes de outros municípios em relação aos pacientes de Parintins em 2021



Fonte: A autora.

As informações de internações em Parintins para pacientes de outros municípios conforme informações levantadas e apresentadas no gráfico abaixo, apontam o município de Barreirinha com 54,07%, Nhamundá com 19,13%, Boa Vista do Ramos com 9,21%. Na sequência vem os municípios do estado do Pará: Terra Santa, com 5,90%, Faro com 4,37% e Juruti com 2,72%.

Gráfico 3 – Percentual de pacientes internados de outros municípios em Parintins/AM por procedência – 2021



Fonte: A autora.

Os municípios da região buscam à rede de serviços de saúde de Parintins quando a demanda de urgência não tem resolutividade local, sendo os rios a via de acesso geográfico na região. Os pacientes são encaminhados para Parintins, que os recebem, porém, muitas vezes também não dispõe de resolutividade em sua rede local, inclusive para a população própria. Nessas situações, faz-se a solicitação de transferência do paciente para Manaus por meio do Sistema de Regulação de Transferência de pacientes (SISTER), que avalia as solicitações e providencia o leito e a remoção. Quando a demanda de transferência é por via UTI aérea para os pacientes que se enquadram nos critérios, esta é disponibilizada pelo estado e fica na dependência da liberação de vaga de leito na capital. O transporte via fluvial para a capital de pacientes em emergência não é viável em face da distância territorial para Manaus⁴⁶.

5.5.4 Os componentes pré-hospitalares, hospitalar e atenção domiciliar da RUE em Parintins

A implementação de ações de promoção e prevenção em saúde segue como um desafio do sistema de saúde do país, em que pese o seu importante papel como estratégias de produção do cuidado, e ainda mais relevante quando da sua incorporação à RUE, desde 2011. Essas ações têm possibilidade de impactar diretamente na morbimortalidade por diferentes causas, mais sobretudo as causas externas.

As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, particularmente aquelas causadas no trânsito, se colocam como prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção. As causas externas – acidentes e violências – correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias⁵¹.

O Programa Vida no Trânsito, é executado em Parintins, com participação da área de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, contudo as ações são realizadas pela Empresa Municipal de Trânsito, com a realização de ações educativas para uso de capacete e bom estado dos veículos, porém, não há atuação de forma integrada com a rede de serviços de urgência e emergência em Parintins⁶⁰.

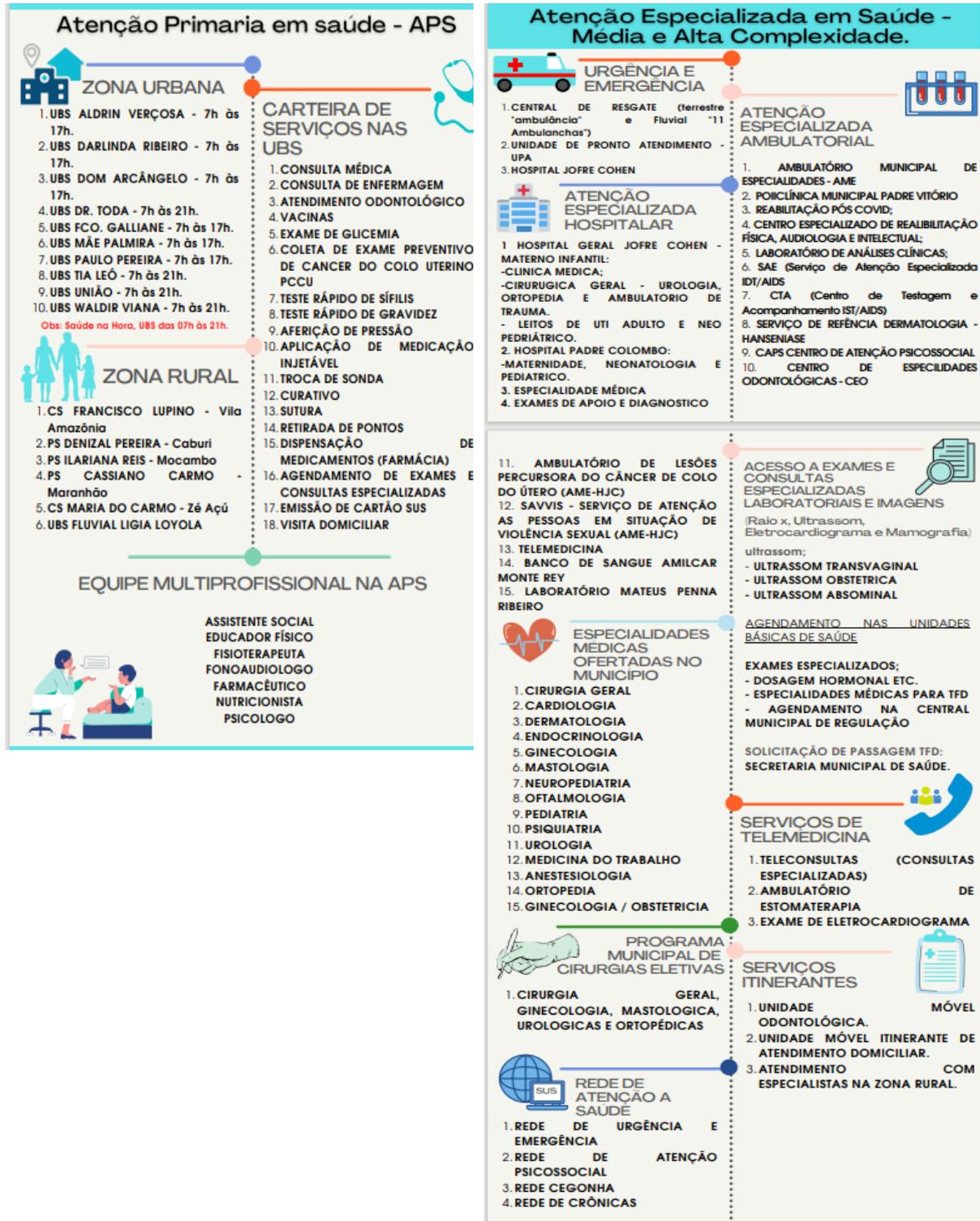
A rede de serviços de urgência e emergência de Parintins, que integram os componentes pré-hospitalares e hospitalar da RUE, de acordo com o PMS 2022-2025 e RAG 2021, tem como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde, na zona urbana e rural do município. Os serviços de saúde dispõem de insumos e equipamentos para atender as urgências básicas e, de acordo com a gravidade, acionam o serviço de resgate municipal, que dispõe de Ambulâncias de Suporte Básico e Ambulanchas na zona rural. A depender do perfil do paciente essas unidades de resgate fazem a remoção para a Unidade de Pronto Atendimento, ou para o Hospital Regional, o Hospital Geral Dr. Jofre de Matos Cohen (HGJC), com 165 leitos e que possui como equipamentos para assistência: serviço de urgência e emergência 24 horas, leitos clínicos, cirúrgicos, maternidade, unidade de cuidados intermediários e de terapia intensiva adulto e neonatologia. Dispõe, também, dos serviços de apoio diagnóstico na área laboratorial e de imagens^{17,60}.

Ainda segundo o RAG 2021, o outro hospital que fazia parte da rede municipal como prestador Filantrópico 100% SUS, Hospital Padre Colombo, teve suas

atividades paralisadas em setembro de 2021 para reforma e retornou o funcionamento em junho de 2022, contratualizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, sendo que não mais compõe a rede de urgência e emergência, atendendo somente a especialidade de obstetrícia. Apesar de dispor de serviços de apoio diagnóstico, na área de imagens e de laboratório o hospital passou a atender apenas demandas eletivas.

Embora a região de saúde do Baixo Amazonas não tenha sido contemplada para habilitação da RUE no estado, Parintins dispõe de serviços que se enquadram nos componentes que compreendem a RUE, além de demais serviços da atenção primária e média complexidade, são eles: Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Serviço de Urgência e Emergência na Unidade Hospitalar, Leitos de Estabilização, Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários e Leitos de Unidade de Tratamento Intensivos (10 leitos ainda não credenciados ao SUS), serviço de Resgate Terrestre (02 ambulâncias) e Fluvial (11 ambulâncias). O serviço de resgate terrestre atua na zona urbana com equipe composta por motorista socorrista, técnicos de enfermagem e enfermeiro. Na zona rural o serviço de Resgate Fluvial atua com motorista socorrista e técnico de enfermagem⁶⁰.

Figura 7 - Infográfico dos serviços de saúde da rede de urgência e emergência de Parintins, 2020



Fonte: A autora.

Figura 8 - Fluxo de acesso na RUE de Parintins



Fonte: A autora.

5.5.5 O componente da Atenção Básica de Saúde

O reconhecimento das unidades básicas de saúde como parte integrante da RUE é, como aponta Toffoni et al (2022)³⁴, um desafio tanto para os gestores quanto profissionais e usuários, por conceberem esse nível de atenção como resolutivo apenas para problemas simples de saúde, embora sejam definidas como responsáveis pelo primeiro atendimento às urgências e emergências³⁴.

A rede pública de saúde de Parintins conta com um total de 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que de acordo com informações no CNES, funcionam com equipes de Estratégia Saúde da Família, de Saúde Bucal e equipe multiprofissional com Núcleo de Apoio Ampliado da ESF. São 10 UBS na zona urbana e 06 UBS na zona rural (Quadro 19).

Quadro 19 - Rede básica de saúde das zonas urbana e rural, com equipes de saúde da família e saúde bucal, do município de Parintins, 2022

ZONA	NOME UBS	Nº CNES	Nº ESF	Nº ESB
URBANA	CENTRO DE SAUDE DR TODA	7768478	3	2
	CENTRO DE SAUDE IRMAO FRANCISCO GALIANNI	2016877	2	2
	CENTRO DE SAUDE WALDIR VIANA	9640347	3	2
	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA ALDRIN VERCOSA	2016818	2	1
	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MAE PALMIRA	2016826	2	1
	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA TIA LEO	2016796	3	2
	UNIDADE BASICA DE SAUDE DARLINDA RIBEIRO	3518876	2	1
	UNIDADE BASICA DE SAUDE DO BAIRRO DA UNIAO	6366538	3	2
	UNIDADE BASICA DE SAUDE DOM ARCANGELO CERQUA	5602041	2	1
	UNIDADE BASICA DE SAUDE PAULO PEREIRA	9564624	2	1
	RURAL	UBS FLUVIAL DE PARINTINS LIGIA LOYOLA	7768486	1
CENTRO DE SAUDE CASSIANO CARMO		3090825	1	-
CENTRO DE SAUDE DENIZAL PEREIRA		3436896	1	1
CENTRO DE SAUDE MARIA DO CARMO		3112837	1	1
CENTRO DE SAUDE MOCAMBO DO ARARI		3112845	1	1
CENTRO DE SAUDE PADRE FRANCISCO LUPINO		6898165	1	1

Fonte: A autora.

De acordo com o CNES há 04 UBS urbana que funcionam com horário estendido de segunda à sexta-feira, das 07 horas às 21 horas, pois fazem parte do Programa Saúde na Hora que foi instituído pelo MS no ano de 2019, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) nas Unidades Básicas de Saúde em horário estendido, com horários mais flexíveis para a população, com perspectiva de diminuir filas em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. O RAG-2021 do município relata que todas as UBS são porta de entrada das urgências básicas, tanto na zona urbana quanto na rural. A gestão municipal de saúde evidencia, assim, a sua percepção da organização da RUE, tendo a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada, de acordo com a normativa de instituição da

RUE que estabelece que:

O componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades⁶¹.

Vale destacar a afirmação de Kuschnir⁶², “Não existe rede sem uma atenção primária que cumpra o seu papel e não é possível uma Atenção Primária que cumpra seu papel sem estar inserida numa rede de atenção”.

A APS, no contexto das RAS, tem suas funções ampliadas de forma a cumprir três funções: a função de ser resolutiva no atendimento dos problemas de saúde mais comuns, mesmo que não sejam os mais simples; a função coordenadora de organização os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Somente, dessa forma, a APS poderá ter capacidade de coordenar as RAS e ser instituída como estratégia de organização do SUS³⁶.

Nesse contexto, há clareza que a APS tem papel estratégico na ampliação do acesso, no acolhimento a demanda espontânea e no primeiro atendimento às urgências de menor gravidade, com encaminhamento a outros pontos de atenção quando necessário. No entanto, executar a postura acolhedora e resolutiva na RUE, só se materializa com a qualificação das equipes de profissionais, sendo o manejo clínico dessas condições de urgência e emergência incorporadas na rotina das respectivas unidades de APS, uma vez que é atribuição das mesmas atender a sua população circunscrita ao território de abrangência e ou referenciar nas suas diversas situações⁶³. Nesse sentido, é necessário que as unidades de APS disponham de material e equipamento necessários para esse atendimento inicial, o que abrange a estrutura física da unidade que deve dispor de sala de curativos e, quando necessário, sala de estabilização para atender condições clínicas de urgência e emergência.

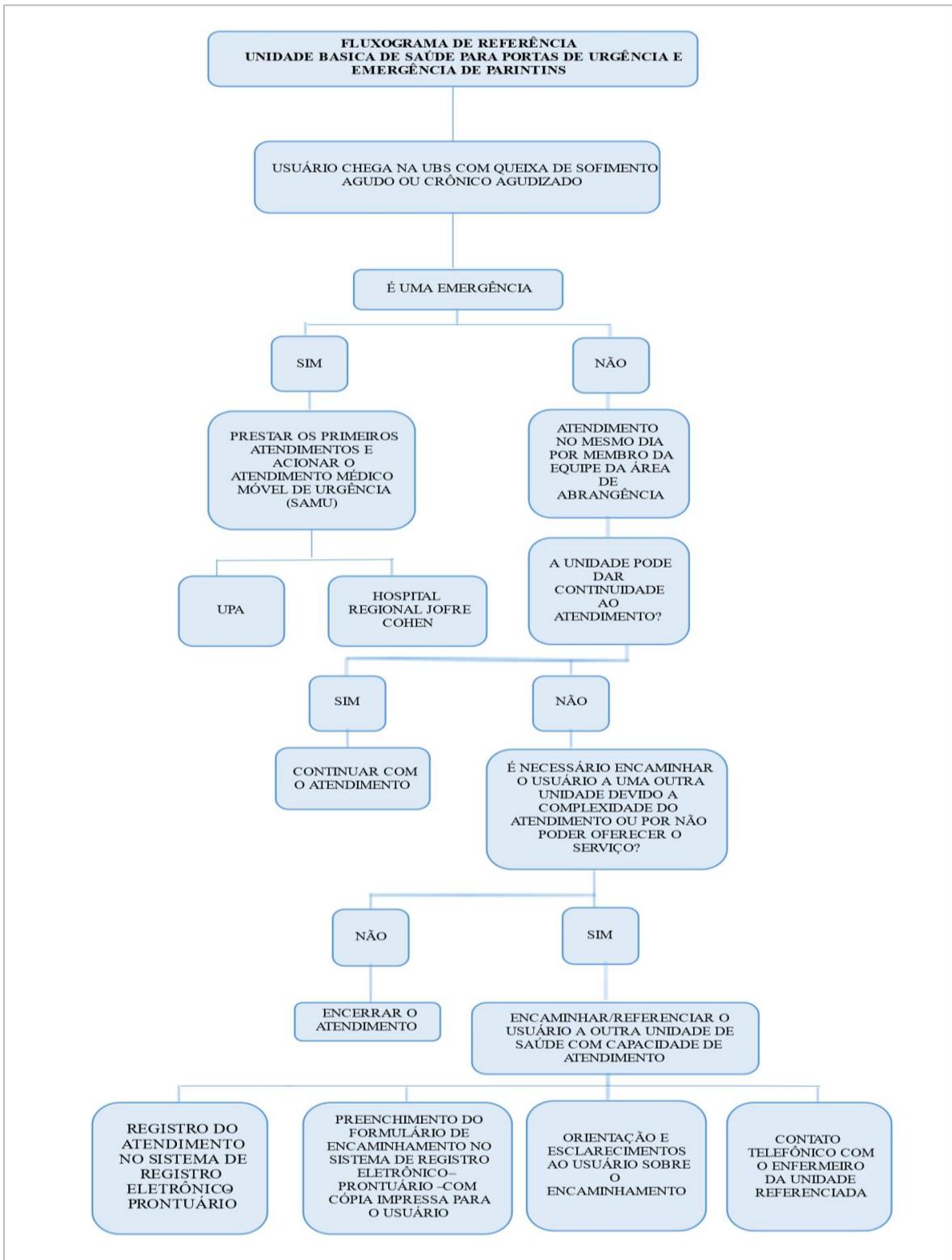
A Política Nacional de Atenção Básica, a partir de 2011, reforça a perspectiva assistencial da AB na RUE. Importante destacar que as experiências internacionais que a organização das RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e

ordenadora da rede, tem se apresentado como um mecanismo de alto impacto, sendo inclusive muito mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.) quanto na sua capacidade de resposta aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário que se caracterizam por super demandas assistenciais.

Devido ao papel estratégico da APS no acesso a RUE, requer-se condições adequadas de estrutura e de processos de trabalho para prestar esse tipo de assistência, pois a depender da forma de como está estruturada há uma tendência a refletir nos demais pontos da rede, com demandas desnecessárias na UPA e na porta hospitalar.

Em Parintins, a APS dispõe de estrutura para ser porta de entrada da RUE (de acordo com o PMS 2022-2025), contudo há necessidade de qualificar os processos de acolhimento e classificação de risco, os protocolos e fluxos de referência e contra referência, demonstrado abaixo na figura 9. Somente com esse processo de qualificação, a APS poderá contribuir e desenvolver um papel estratégico na RUE de Parintins.

Figura 9 - Fluxograma das decisões das unidades básicas de saúde nas situações de urgência e emergência



Fonte: A autora.

5.5.6 Componente Unidade de Pronto Atendimento

Desde 2013, o MS elaborou o manual instrutivo da RUE contendo os requisitos necessários para o atendimento da UPA, esperando-se que a unidade de pronto atendimento funcionasse 24 horas e sete dias por semana. Este serviço é responsável por concentrar os atendimentos de complexidade intermediária bem como o primeiro atendimento para casos cirúrgicos e de trauma, com qualidade e resolutividade, em articulação e com fluxos de referência e contrarreferência entre as UBS, os hospitais e integrada ao SAMU⁵⁴.

De acordo com o CNES e RAG 2021, Parintins implantou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) recentemente, em outubro de 2021, visando estabelecer um serviço de apoio à porta de entrada da urgência e emergência no Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen. O serviço funciona das 07 às 23 horas e tem como retaguarda ambulatorial e de imagens o HRJC. Segundo relatório de gestão de gestão de Parintins, 2021 há necessidade de recursos financeiros para ampliar o horário de funcionamento da UPA para 24 horas, além de requerer ampliação das diversas categorias de profissionais: equipe médica, de enfermagem (técnicos e enfermeiros) e demais profissionais, e equipar com raio-X e laboratório de exames a fim de tornar mais resolutivo os atendimentos⁶⁰.

A UPA tem leitos de observação e os pacientes que ingressam no horário noturno com quadro que demanda de observação, são transferidos para o HRJC. Os procedimentos realizados, com base na produção apresentada conforme informações do Sistema de Informação Ambulatorial via tabnet são consultas de urgências com atendimento médico em unidade de pronto atendimento, atendimento de urgência com observação, atendimento de enfermagem, testagem para Covid-19, glicemia, sutura, curativos em geral, aplicação de medicamentos, passagem e troca de sondas. Dessa forma, para atender os requisitos como componente da RUE, a UPA de Parintins necessita de ajustes relacionados aos recursos financeiros, equipamentos e insumos, e recursos humanos para que consiga ampliar sua prestação de serviços de saúde, incluindo o horário de funcionamento. Se faz necessário também, a implantação da classificação de risco e fluxos de acordo com o que preconiza as normativas nacionais da RUE, para que se estabeleça formalmente o processo de referência e contrarreferência da UPA com a APS, como também o processo de

articulação com o serviço de resgate e unidade hospitalar.

A implantação da UPA de Parintins, foi de iniciativa do município com a instalação da mesma nas dependências da estrutura do Ambulatório Municipal de Especialidades localizado em área anexa ao Bumbódromo (local onde se apresentam os bois bumbás no Festival Folclórico de Parintins), que é de propriedade do governo do estado, então a contra partida do estado se deu com o local de funcionamento e profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, contudo os médicos, enfermeiros e demais profissionais, bem como os insumos em geral são custeados pelo município⁶⁰.

Em relação aos limites dos serviços da UPA para a atenção as urgências, tem a necessidade da Classificação de Risco e estrutura adequada com dimensões em conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde e localização no Bumbódromo que durante o período do Festival Folclórico tem o acesso limitado, portanto, há necessidade de construção de uma UPA em Parintins, para assim qualificar a estrutura da RUE no município. Importante destacar a necessidade de dispor de equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo resposta, a garantia do acesso do paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da RAS em consonância com as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional.

Por tanto, são necessários dois esforços: a habilitação da UPA, já em funcionamento, pelo MS e segundo, a construção de outra UPA, em local estratégico para a acessibilidade da população em qualquer período do ano.

5.5.7 Componente Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU

O Samu é componente fundamental da rede de atenção às urgências por seu potencial em reduzir a morbimortalidade ao realizar “o atendimento precoce e o transporte rápido, adequado e resolutivo às vítimas de agravos de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas”, sendo acionado por uma Central de Regulação das Urgências⁵⁴.

O’Dwyer et al 2017⁶⁴ descrevem o SAMU como o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, com forte expansão entre o período de

2003 a 2008, e o protagonismo do gestor estadual na definição das prioridades para implantação, com forte regionalização do serviço. Porém, o estado do Amazonas é um dos seis estados da federação que compõe o extrato de menor nível de regionalização e cobertura populacional do SAMU, com a implantação apenas nas capitais⁶⁴.

Embora Parintins não disponha de estrutura de atendimento móvel de urgência que contemple o preconizado pelas normas que regulamentam o SAMU, o município dispõe de serviços fundamentais para si e para região de saúde. Para o atendimento da população é ofertado o serviço de Resgate Municipal, acionado através de chamada telefônica pelo 192, destinado tanto na zona urbana quanto na zona rural. Na zona urbana o resgate terrestre conta com duas ambulâncias de suporte básico de vida, que são tripuladas por motorista socorrista, técnico de enfermagem e, dependendo da gravidade do caso, com a presença do enfermeiro. A zona rural dispõe de equipes de embarcação, onze ambulanchas, para o resgate fluvial com equipamentos de suporte básico à vida, tripuladas por motorista socorrista e técnico de enfermagem. As ambulanchas ficam ancoradas nas comunidades polos de Parintins: Caburi; Mocambo; Vila Amazonia; Zé Açú; Tracjá; Jacú; Mamuru; Uaicurapá; Valéria; Rio Amazonas e Parintins⁶⁰.

As situações de resgate atendidas pelos serviços de suporte à vida são encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento de Parintins, para os atendimentos gerais sem eminência de morte ou; para o Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen, os casos gerais com maior gravidade.

De acordo com o RAG 2022 de Parintins, este serviço foi implantado pelo município, com utilização de recursos de emendas parlamentares para a compra das ambulâncias e ambulanchas, não tendo contrapartida estadual para o processo de implantação e custeio de recursos humanos e insumos necessários como o combustível, sendo custeado apenas com os recursos do Fundo Municipal de Saúde. Embora o município, ainda, não disponha de central médica de regulação, o serviço de resgate tem em sua base de apoio, uma equipe com enfermeiro e técnico de enfermagem que atendem as chamadas no 192 e fazem a escuta das demandas para direcionar o envio de ambulância e no caso da zona rural acionar a ambulancha da área de abrangência da comunidade em que se encontra o paciente solicitante. Como limites desses serviços destacam-se a ausência de protocolos de atendimentos e a questão de referência e contra referência, embora em muitas situações os pacientes

da zona rural não sejam encaminhados pelo serviço de saúde ou mesmo acompanhados por Agente Comunitário de Saúde. Outro limite é a questão da comunicação entre a zona rural e urbana, quando se trata de comunidades que ficam em locais com baixo alcance de sinal de telefonia ou internet e as longas distancias, que por vezes não são favoráveis para o tempo de resposta adequado a situação do paciente.

Contudo, há uma necessidade imperativa por parte do município quanto a habilitação desse serviço junto ao Ministério da Saúde, inclusive com inclusão de transporte aéreo em face de comunidades longínquas e pela questão do acesso em tempos de vazante dos rios que deixa muitas comunidades isoladas. Segundo o RAG 2022 de Parintins, há necessidade de dispor de contrapartida estadual, tanto para o custeio para que se tenha recursos financeiros que favoreçam a contratação de profissional médico para a central de regulação de urgência e para acompanhar a equipe na ambulância e ambulância em situações mais graves, onde o atendimento médico pré-hospitalar é fundamental no tempo resposta que a situação clínica do paciente requer.

5.5.8 Sala de Estabilização

A sala de estabilização deverá ser utilizada para a estabilizar pacientes críticos ou e graves, com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

No município de Parintins conta com o total de 3 salas de estabilização para atendimento da população, dois localizados no Hospital Público de Parintins Dr. Jofre de Matos Cohen e um no Hospital Padre Colombo que atualmente é um prestador de serviços contratualizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Contudo, é importante ressaltar que o requisito para financiamento da sala de estabilização como componente da RUE é o critério populacional, que deve ser para município com população menor que 50.000 habitantes, quantitativo esse que favorece os três municípios do Baixo Amazonas: Nhamundá, Barreirinha e Boa Vista do Ramos.

5.5.9 Componente Hospitalar

O componente hospitalar na organização da RUE tem o objetivo de qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se constituem pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico, de imagem e de laboratório, e pelas linhas de cuidado prioritários, “para prestar atendimento ininterrupto as demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental”⁵².

Em Parintins, o Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen, principal componente da assistência hospitalar da RUE na região de saúde, é um Hospital Geral com gestão municipal, contando com 165 leitos e porta de urgência e emergência 24 horas. Dispõe de maternidade e unidade de neonatologia, unidade de cuidados intermediários e de terapia intensiva adulto, clínicas médica e pediátrica, cirurgia geral, serviço de traumatologia, urologia, cardiologia e neurologia via telemedicina. Entre os serviços de apoio diagnóstico conta com: apoio laboratorial (laboratório automatizado com hematologia, bioquímica, urianálise e parasitologia, tem inclusive gasômetro e dedímetro); exames de imagem de raio-X, ultrassonografia e eletrocardiograma; e ecocardiograma e tomografia terceirizadas.

Conforme consta no CNES o Hospital tem 02 usinas de oxigênio e equipamentos de suporte a vida; equipamentos de hemodiálise e além de 10 leitos de UTI adulto e 05 de UTI Neonatal ainda não habilitados pelo Ministério da Saúde. Importante destacar que no mês de julho de 2022, o serviço de hemodiálise entrou em funcionamento para atender exclusivamente os pacientes da UTI e ou pacientes internados, uma vez que a estrutura para o funcionamento da hemodiálise foi montada na ala da UTI. Dessa forma, há necessidade de uma outra estrutura do serviço de hemodiálise para o atendimento ambulatorial.

Assim, considerando os requisitos para habilitação do Hospital Regional como Porta de entrada da RUE, o mesmo atende os requisitos, preconizados a este componente, para habilitação como Hospital Geral, e também atende parte dos requisitos para Hospital Geral Tipo 1, pois, dentre os serviços preconizados para esta tipologia com habilitação em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria, o HRJC já dispõe de parte desses serviços como por

exemplo a pediatria e traumato-ortopedia. Vale ressaltar que os pacientes em situação de urgência e emergência dos outros municípios são removidos com frequência para Parintins. Além disso, procuram por demanda espontânea diversos serviços realizados no município, tanto serviços ambulatoriais quanto de assistência hospitalar e serviços de apoio diagnóstico. Com frequência o endereço informado não é o endereço de origem e sim endereço local de parentes ou pessoas conhecidas, estratégia adotada pelos usuários para romper com barreiras de acesso, mas que dificulta a identificação do fluxo de pacientes oriundos de outros municípios⁶².

No atendimento às demandas dos municípios sem pactuação formalizada, algumas questões merecem destaque: na assistência hospitalar de urgência e emergência, a vinda de pacientes em situações cuja capacidade de resposta extrapola aquela de acesso em tempo hábil para esses existente no sistema municipal de Saúde de Parintins que é o município Polo pois a depender do estado de gravidade, a ausência de condições de assistência no sistema de saúde, compromete a possibilidade pacientes⁶².

5.5.10 Componente Atenção Domiciliar

Na rede de serviços de Parintins ainda não foi implantado os serviços necessários para atender ao componente de atenção hospitalar, embora conste como proposta de implantação, de acordo com informações no RAG 21 de Parintins, desde o Plano Municipal de 2018-2021. A proposta também retornou no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, porém para a viabilização e habilitação do serviço pelo MS é necessário a liberação de recursos financeiros para a contratação de uma equipe mínima e, também, o cumprimento de requisitos, como por exemplo, a cobertura do SAMU.

Este é um serviço essencial para a RUE na perspectiva do acesso e continuidade do cuidado do usuário, de acordo com a condição clínica do mesmo, considerando que o Componente da AD se constitui em um conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio.

Diante das informações coletadas e analisados, identificamos que o município de Parintins dispõe de uma rede de serviços com estrutura parcial dos componentes da RUE, com pontos de atenção à saúde na Atenção Primária, Média Complexidade

e já iniciando com a Alta Complexidade. Importante destacar o serviço de remoção terrestre e fluvial implantado pelo município, com base nas diretrizes do SAMU. As demandas de urgência e emergência dos demais municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas, são referenciadas para Parintins, sendo que há solicitações de transferência via SISTER, porém, muitas vezes os pacientes chegam nas portas de urgência do município sem fazer comunicação prévia. Há também a vinda de demandas de municípios do oeste do Pará, cujo pacientes chegam diretamente nas portas de urgência do município.

Nesse sentido, é pertinente que o estado possa elaborar o Plano de Ação Regional para a Região de Saúde do Baixo Amazonas, de forma a possibilitar a adequação e habilitação, junto ao Ministério da Saúde, dos serviços que já funcionam em Parintins como a UPA, o SAMU e a Porta Hospitalar para o atendimento regionalizado e regulado em seus fluxos. Os demais serviços também precisam ser adequados, pois a habilitação significará incorporar recursos financeiros que podem ser disponibilizados pelo governo federal e dessa forma contribuir com a melhoria dos serviços que já são ofertados, bem como ampliar as ofertas.

No entanto, para além do aporte financeiro a habilitação da RUE vai potencializar a organização dos serviços quanto aos fluxos de acesso, uma vez que a organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Ademais, um dos serviços da RUE que é a Sala de Estabilização, pode ser implantado e habilitado nos demais municípios que tem menos de 50.000 habitante, conforme os requisitos estabelecidos pelo MS.

Ainda, ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar aliado a melhoria da efetividade dos serviços existentes, possibilitará a qualificação do atendimento, com acolhimento e avaliação de risco dos pacientes para oferta de tratamento num primeiro nível de assistência. Com assistência e avaliação de risco adequada, caso os pacientes necessitem de outros níveis de complexidade, poderão contar com fluxos claramente definidos, assim como, dispor e ter garantia dos mecanismos de transferência em tempo oportuno.

Em relação ao Componente de Atenção Básica, é relevante destacar que com a execução do PLANIFICASUS que visa integrar os processos da AB com a atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção, há um processo em curso de

fortalecimento e qualificação da AB como porta de entrada e ordenadora do cuidado das RAS, de forma que há perspectiva de qualificar como componente da RUE.

O componente de vigilância em saúde, pode ser estruturado, uma vez que Parintins, dispõe de uma Coordenação de Vigilância em Saúde que contempla as diversas áreas de vigilância, e no PMS 2022-2025. Além disso, há propostas relacionadas a prevenção de acidentes de trânsito e demais violências, de forma que é mais um componente que pode ser fortalecido com a adesão a RUE.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo tratou da descrição e caracterização do processo de regionalização e da implementação das Redes de Atenção, a partir da análise da evolução da organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na região de saúde do Baixo Amazonas, destacando o município polo de Parintins. As normativas e a literatura pesquisadas evidenciaram que a regionalização da saúde se constitui na diretriz organizativa que viabiliza a desafiadora integralidade no SUS, principalmente quando se trata de territórios com especificidades geográficas e socioeconômicas como é o caso do estado do Amazonas. Para tanto, é necessária uma adequada organização dos serviços e a pactuação do fluxo de atendimento para que se obtenha uma boa capacidade de resposta, garantindo o acesso em tempo oportuno para a população.

O processo da regionalização da saúde no Estado do Amazonas tem ocorrido buscando atender as normativas do SUS diante das prerrogativas de que a região é a base para o repasse de recursos financeiros pelo MS. O desenho das regiões iniciou-se em 2002 com o PDR, e em sua versão atual, de 2011 baseada no Decreto 7.508/11, define nove regiões de saúde e três macrorregiões de saúde. A definição das macrorregiões não trouxe mudanças para os fluxos de atendimentos, uma vez que foram conformadas para atender critérios normativos de contingente populacional (mínimo de 500 mil habitantes) e contiguidade territorial, estabelecidos na organização de Macrorregiões de Saúde e Planejamento Regional Integrado, abrangendo as nove regiões de saúde. Assim, para a conformação das regiões permaneceram as questões geográficas do curso dos rios e seus afluentes; não há registro de terem considerado outros fatores relacionados à capacidade instalada de serviços, de forma que não há pactuação da rede no âmbito das regiões de saúde, bem como das responsabilidades dos entes federados.

Vale ressaltar que as normativas para a Regionalização e RAS foram pactuadas de forma tripartite, estabelecendo ao ente estadual a atribuição de coordenar o processo de organização e implantação da regionalização e das RAS. Contudo, de acordo com as pactuações realizadas em CIB, no estado do Amazonas em relação a RUE não há novas pactuações de Planos Regionais, de forma que além da região de saúde do Baixo Amazonas há mais três regiões que também não tem pactuação de Plano Regional.

Em relação a configuração das RAS, foi identificado que o estado do Amazonas iniciou a constituição das redes temáticas a partir do ano de 2011 com a criação dos grupos condutores e com a elaboração dos Planos de Ação Regionais da RUE e Rede Cegonha. Porém, os planos foram criados considerando o direcionamento das ações somente para cinco, das nove regiões de saúde do estado. Dessa forma, as demais regiões que não foram priorizadas, evidenciando a implementação parcial das redes de atenção à saúde no Amazonas. Outros fatores que desafiam a organização e definição do fluxo de atendimento das RAS no estado são questões relacionadas à extensão territorial, fluvial e densidade demográfica. Ademais, não há a presença de gestão do estado nas regiões de saúde.

A normatização da RUE foi instituída no ano de 2011, recomendando a implantação gradativa desta rede em todos os estados e municípios brasileiros, com a elaboração dos Planos de Ação Regionais para o detalhamento da realidade de cada região, e descrevendo cada um dos componentes no espaço regional. Porém, já se passaram mais de 10 anos e o Baixo Amazonas ainda não dispõe de Plano de Ação Regional para a adesão e a estruturação dos dispositivos propostos para a RUE. As informações levantadas a respeito da rede de serviços de saúde na região de saúde do Baixo Amazonas e com destaque para Parintins, demonstram que, embora esta região de saúde não tenha sido prioritária pelo estado para a implantação da RUE, Parintins possui uma rede de serviços de urgência e emergência, atendendo a população própria e dos demais municípios desta região. Porém, o serviço disponível na região não está implementando conforme preconizado nas diretrizes da RUE, o que caracteriza a configuração parcial da rede neste município, requerendo providências por parte do estado para elaboração do Plano de Ação Regional.

A formulação do plano, dos protocolos e fluxos possibilitará o credenciamento dos serviços que fazem parte dos componentes, que por conseguinte agregará novos recursos financeiros federais e fomentará a qualificação dos serviços com a aplicação das diretrizes e objetivos dos Componentes da RUE. Avançaria-se, assim, na qualificação e ampliação do acesso, através da utilização de protocolos clínicos, fluxos de regulação do acesso e pactuações de responsabilidades dos entes federativos. Também potencializará a atenção a saúde em rede no âmbito de todos os municípios da região do Baixo Amazonas, na perspectiva de garantia de acesso em tempo oportuno para as situações de urgência e emergência se torne realidade, salvaguardando os princípios norteadores do SUS de universalidade e integralidade.

Enfim, o estudo apresenta elementos que apontam a existência de uma rede de serviços que compõem os componentes da RUE em Parintins, que inclusive podem receber aporte de investimentos e custeio através de habilitação pelo Ministério da Saúde. Para tanto é imprescindível que os municípios desta região, por meio da CIR Baixo Amazonas e com apoio do COSEMS AM, problematizem junto à Secretaria de Estado de Saúde a necessidade de elaboração do Plano de Ação Regional da RUE para formalização e habilitação dos componentes, possibilitando que Parintins qualifique e amplie acesso em tempo oportuno as situações de urgência e emergência para a sua população e dos municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas.

Recomenda-se para estudos posteriores pesquisas que analisem o processo de articulação da RUE como uma rede regionalizada, com serviços integrados e cuidados coordenados pelos profissionais da Atenção Básica no âmbito dos municípios e da região com o município de referência e a capital. É importante também a realização de análise de custos financeiros com o transporte de remoções dos ribeirinhos, a fim de subsidiar a gestão para atender as necessidades de investimentos e fomentar ações de prevenção para melhoria de qualidade da Atenção à Saúde e garantia de acesso à saúde para toda a população.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. O que é o SUS. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional;2009 [cited 2022 jan]. 148p. ISBN: 978-85-7541-185-8.
2. Brasil. Lei Nº 8080. Câmara dos Deputados [Internet]. 1990;1–19. Brasília, DF: Diário Oficial da União 2018 [cited 2022 jan]. Available at:<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-808019setembro1990365093normaatualizada-pl.pdf>.
3. Albuquerque MVD. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.
4. Santos L, Campos GWS. SUS Brazil: The health region as a way forward. Saude e Soc. 2015; 24(2): 438–46.
5. Santos L. Healthcare regions and their care networks: An organizational-systemic model for SUS. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(4):1281–9.
6. Hartz ZM (Org.. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. [Internet]. Vol. 22, Cadernos de Saúde Pública. 2006. [cited 2022 jan]. 132 p. Available at: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>.
7. Conselho Nacional de Secretarios de Saúde (BR). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2015. 127 p.
8. Oliveira JS, Santos HLPC, Fernandes AA, Chicalsk R, Santos AM, Santos B, DG, Prado NMDBL. Ondas normatizadoras do planejamento regional integrado em saúde no Brasil: síntese de evidências. Bahia: Editora Cientifica Digital. [cited 2022jun].33-52.Availablefrom: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/ondas-normatizadoras-do-planejamento-regional-integrado-em-saude-no-brasil-sintese-de-evidencias>.
9. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Of da União [Internet]. 2010;(Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010): [cited 2022 mar].88–93. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
10. Landim, E. L. A. S. Redes de Atenção à Saúde no Contexto da Regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das (os) usuárias (os) do SUS no estado da Bahia. [tese] Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2019. [cited 2022 agost]. Available at: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29332>.
11. Brasil. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Diário Of da União [Internet]. 2011; (Brasília-DF, 7 de julho): [cited 2022 jan]. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
12. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro J da R, Cortizo CT, et al. Regionalization of health in Brazil: An analytical perspective. Saude e Soc. 2015;24(2):472–84.

13. Viana ALD, Lima LD, Machado CV, Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli, MA. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS, organizadores. Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Editora Hucitec. 2014. 21-46.
14. Kadri MREI. a Regionalização Da Saúde: O Caminho Para O Sus Em Todos Os Territórios? *Hygeia - Rev Bras Geogr Médica e da Saúde*. 2019;15(33):67–76.
15. Sousa ABL, Garnelo L, Mota PHDS, Bousquat A. Rede regional de saúde no contexto Amazônico: O caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2017;17:S239–48.
16. Ministério da Saúde (BR). Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Ministério da Saúde [Internet]. 2001. [cited 2022 jan] 01:114. Available at: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas_01_de_2001.pdf.
17. Secretaria Municipal de Saude (Br). Plano Municipal de Saúde de Parintins: 2022-2025. 2022;170.
18. Garnelo L, Sousa ABL, Da Silva CDO. Health regionalization in Amazonas: Progress and challenges. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1225–34.
19. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalization and health networks. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1791–8.
20. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves G dos R, Cardoso GCP. Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: An analysis of the QualiSUS-rede project. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1209–24.
21. Souza RR de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Cien Saude Colet*. 2001;6(2):451–5.
22. Lima LD de, Queiroz LFN de, Machado CV, Viana AL d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. TT - [Decentralization and regionalization: dynamics and conditioning factors for the implementation of the Health Pact in Brazil]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012. [cited 2022 fev] 17(7):1903–14. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S141381232012000700030%0Ahttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012000700030.
23. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(6):2753–62.

24. Viana AL d'Ávila, Lima LD de, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2317–26.
25. Viana AL (coordenadora). Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Resumo Executivo*. 2014;1–6. [cited 2022jan] Available at: <http://www.resbr.net.br/apesquisa/resumoexecutivo/#.WNG1MPnyvl>.
26. Carvalho ALB, De Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1155–64.
27. Lima J. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Direito UNIFACS – Debate Virtual*. 2018;0(220).
28. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 20/2021-DGIP/SE/MS Secretaria Executiva [Internet]. 2021; (Brasília-DF): [cited 2022 jan]. Available at: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/694Fwffj1jlkIWYI4fqll7bvJS08aYwOxsQjYQT.pdf>.
29. Chioro dos Reis AA, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSDS. Thoughts on the development of active regional public health systems. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1045–54.
30. Pinheiro EG, Castells M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1. *Informação & Sociedade*. 2000; 10(2).
31. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Vol. 15, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010. 2297–2305 p.
32. Damasceno FPC, Silva Guimarães L, Menezes MODPS. *Acolhimento Com Classificação De Risco Na Rede De Urgência E Emergência: Perspectivas*. 2014;45–58.
33. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2307–16.
34. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, da Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Chaos, organization and creativity: Integrative review on health care networks. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(10):4769–82.
35. Rodrigues R P. Análise das ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos regionais de redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade? 2017;87(1,2):149–200.
36. Vilaça Mendes E. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. *Sci Eng Indic*. 2015;(10):193.
37. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 2010; 15(5):2297-2305.

38. Júnior HMM. Redes de Atenção à Saúde: rumo a Integralidade. Divulg em saúde para debate. 2014.
39. Lorenzi D'Agostin R, Ceretta LB, Schwalm MT, Hoepers NJ, Soratto MT. O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. *Mundo da Saude*. 2012;36(3):461–7.
40. Oliveira CCM, O'dwyer G, Novaes HMD. Performance of the mobile emergency care service from the perspective of managers and professionals: case study in a region of the state of São Paulo, Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2022;27(4):1337–46.
41. Marques CP. Rede de atenção às urgências: avanços e desafios para sua consolidação Network of attention to the er : advances and challenges. 8(1):41–8.
42. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. [Dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
43. Martins SMS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar. [Dissertação] Goiás: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2012.
44. Silva RCD. Aspectos da implantação de um centro de trauma na rede de urgência e emergência em região metropolitana do Rio de Janeiro. *Biblioteca Virtual de Saúde*. 2015.
45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas de população. [cited 2022 out]. Available at: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
46. Santos ICPAM dos. O “pulso das águas” e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do baixo Amazonas. [Dissertação] Amazonas, Universidade Federal do Amazonas. 2020.
47. Governo do Estado do Amazonas. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020/2023. Manaus, 2019.
48. Barbosa, M. A. Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: o caso de Manaus. [Tese] Manaus: Fundação Oswaldo Cruz, 2004. [cited 2022 out]. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4685>.
49. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). Regionalização da saúde posicionamentos e orientações. 2019; Brasília-DF. [cited 2022 mar] Available at: <https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/Documento-Técnico-regionalização-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>.
50. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União 2011 [cited 2022 jan]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

51. Governo do Estado do Amazonas. Comissão Intergestores Bipartite Resoluções CIB. Consultado em: <http://ses.saude.am.gov.br/cib/index.php>.
52. Key Differences. Difference Between Assessment and Evaluation. Disponível em: <https://keydifferences.com/difference-between-assessment-and-evaluation.html>. Acesso em: 23 nov. 2022.
53. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003. *Kaos GL Derg.* 2003;(76):1⁴⁷–73.
54. Ministério da Saúde (BR). Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013. [cited 2022 junho]. 86p. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.
55. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. [cited 2022 set]. (18):1–11. Available at: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html.
56. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. *Diário da República*, 1ª série. 2013 [cited 2022 set]. 53(9):6297–383. Available at: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
57. Ministério da Saúde (BR) DataSUS. 2021; . [cited 2022 set]. Available at: <https://datasus.saude.gov.br/>.
58. Ibanez N. Os hospitais e a rede de atenção às urgências e emergências: desafios. *Consens Rev Cons Nac Secret Saude.* 2013;3:36–43.
59. Guimarães AF, Linec V, Barbosa M, Paula M, Henrique M, Santiago A, et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. 2015;55(97):1–7.
60. Secretaria Municipal de Saude de Parintins. Relatório Anual de Gestão de Parintins: 2022;p44.
61. Saúde da Mulher. Portaria de Consolidação Nº 3. 2017;1–8.
62. Kuschnir RC, Chorny AH, Lira AML e. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. In: 3. ed. Florianópolis; 2014. p. 176.
63. Pinho I, Judith RO, Pacheco MAB, Freitas CVS de. Redes de Atenção à Saúde: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2018. 78p. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

64. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. Implementation of the Mobile Emergency Medical Service in Brazil: Action strategies and structural dimension. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7):1–14.
65. Secretaria Municipal de Saude de Parintins. Plano Municipal de Saúde de Parintins: 2018-2021. 2018;169.
66. Bartoli E. Cidades na Amazônia: Centralidades e Sistemas territoriais na sub-região do Baixo Amazonas-AM. *Espaço e Economia*, 2020:20.[Online], URL: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/17823>;DOI:<https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.17823>.